

Diagnostic et Traitement de l'ulcus de la petite courbure

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
de Montpellier

le 17 Mai 1945

par

JEAN SICRE

né le 6 Novembre 1917 à Perpignan (Pyr.-Or.)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. BAUMEL, professeur, <i>Président</i> . AIMES, professeur HARANT, agrégé ROUX, agrégé	}	<i>Assesseurs</i>
---------------------------	---	---	---	-------------------

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA CHARITÉ

1946

**Diagnostic et Traitement de l'ulcus
de la petite courbure**

Diagnostic et Traitement de l'ulcus de la petite courbure

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
de Montpellier

le 17 Mai 1945

par

JEAN SICRE

né le 6 Novembre 1917 à Perpignan (Pyr.-Or.)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ MM. BAUMEL, professeur, *Président*.
AIMES, professeur
HARANT, agrégé
ROUX, agrégé

} *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DE LA CHARITÉ

1946

PERSONNEL DE LA FACULTE

PROFESSEURS

Chaires :

Anatomie	MM. J. DELMAS.
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	HÉDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL.
Physique médicale	PECH.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	BAUMEL.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGÈS.
Thérapeutique et matière médicale	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET.
Clinique médicale	L. RIMBAUD.
—	GIRAUD <i>doyen</i> .
Clinique chirurgicale	MASSABUAU.
—	LAPÉYRE.
Clinique obstétricale	N...
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIÈRE, <i>doyen hon.</i>
Clinique des malad. des enf. et hygiène du 1 ^{er} âge	BOUDET.
Clinique de dermato-syphiligraphie	MARGAROT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ÉTIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, <i>assesseur</i>
Clinique gynécologique	AIMES
Clinique ophtalmologique	DEJEAN.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale	TERRACOL.

Chargés de cours :

Anatomie	LAUX.
Histologie	GRANEL.
Radiologie	LAMARQUE.

Professeurs honoraires

MM. BERTIN-SANS, CABANNES, GALAVIELLE,
VIRE, BOSC, VILLARD, GRYNFELT, RICHE

CHARGÉS D'ENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Chimie	MONNIER <i>agrégé</i> .	Clinique de la tuber-	
Microbiologie	CARRÈRE <i>agrégé</i> .	culose	VIDAL, <i>professeur</i> .
Histoire nat. médic.	HARANT, <i>agrégé</i> .	Pathologie et propé-	
Pharmacologie	HARANT, <i>agrégé</i> .	deutique chirurgicale	MOURGUE-
Pathologie médicale.	BOUCOMONT, <i>agr.</i>		MOLINES, <i>agr.</i>
—	BERT, <i>agrégé</i> .	Pathologie chirurg.	TRUC, <i>agrégé</i> .
Propédeutique médi.	P. RIMBAUD, <i>agr.</i>	Chirurgie expériment.	N...
Clinique interne	PUECH, <i>professeur</i> .	Médecine opératoire.	ROUX, <i>agrégé</i> .
Clinique des malad.		Accouchements	CADERAS
contagieuses	JANBON, <i>professeur</i> .		de KERLEAU, <i>agr.</i>
		Stomatologie	HOUPERT <i>Dr. en méd.</i>

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Médecine	MM. P. RIMBAUD	Chirurgie	MM. MOURGUE-MOLINE
—	BOUCOMONT	—	ROUX
—	BERT	Urologie	TRUC
—	LAFON, <i>chargé d'agr.</i>	Accouchements	CADERAS
Chimie	MONNIER.		DE KERLEAU
Bactériologie	CARRÈRE.		
Hist. nat. médic.	HARANT.		



**A LA MÉMOIRE
DE TOUS LES MIENS QUI NE SONT PLUS**

Ils auraient aimé assister au couronnement de mes études. Que leur mémoire trouve ici les marques de mon profond souvenir.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Leur vie est pour moi le plus bel exemple de droiture, de labeur, de bonté.

Ce travail est un bien faible témoignage de toute ma tendre affection, et de ma grande reconnaissance pour tout leur dévouement à mon égard et les sacrifices qu'ils se sont imposés.

A MA FEMME

En témoignage de ma grande tendresse.

A MES BEAUX-PARENTS

*Ils m'ont reçu comme un fils.
En témoignage de ma gratitude affectueuse.*

A MA FAMILLE

En témoignage d'affection.

A TOUS MES PARENTS

A MES CAMARADES DE CAPTIVITÉ

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. BAUMEL

Chevalier de la Légion d'honneur

qui m'a toujours traité avec la plus grande bienveillance et m'a porté le plus profond intérêt.

Je le remercie de m'avoir inspiré cette thèse et je n'oublierai jamais ni sa bonté, ni l'excellence de ses enseignements que j'ai pu apprécier pendant que j'étais son assistant.

A MON JURY DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AIMES

Hommage respectueux.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de ma sincère gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HARANT

Faible hommage de reconnaissance pour l'intérêt affectueux qu'il m'a toujours porté.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROUX

Chevalier de la Légion d'honneur

dont l'enseignement est un des meilleurs souvenirs de mes études.

Qu'il veuille bien accepter l'hommage de ma reconnaissance.

**A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER**

AVANT-PROPOS

Une borne de ma vie vient de passer. Dans un défilé rapide, des images se sont succédées : jours de labeur, moments de joie, heures de découragement, instants d'espoir.

De l'apprenti que j'ai été pendant sept ans, je deviens digne d'exercer à mon tour ce sacerdoce qu'est la médecine.

Dans ce moment décisif de ma vie, toute ma pensée, toute ma gratitude vont à ceux qui m'ont guidé dans la vie, qui m'ont instruit, qui m'ont aidé moralement et matériellement à devenir ce que je suis aujourd'hui.

Après un an de captivité, j'ai eu l'heureuse occasion d'être sous la direction savante et éclairée de mon Maître le Professeur BAUMEL, et pendant trois ans, il m'a appris à pénétrer les secrets passionnants de la clinique et à comprendre et à aimer les malades. Je me permets de lui adresser mes remerciements chaleureux et ma profonde gratitude.

Je rends un hommage reconnaissant à tous mes Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Montpellier, à mon Jury de Thèse et plus particulièrement à mon Maître le Professeur HARANT qui m'a toujours accueilli avec bienveillance et qui m'honore de son amitié.

Que tous veuillent bien considérer l'hommage de ma respectueuse gratitude en même temps que mon sincère et entier dévouement.

INTRODUCTION

La "petite courbure, qui constitue la « voie gastrique » de F. MOUTIER, est le siège d'élection des traumatismes alimentaires ; sa muqueuse est mince et riche en mucus, d'où la fréquence de localisation de l'ulcère gastrique à cette partie de l'estomac.

Les observations, que notre Maître le Professeur BAUMEL a eu l'obligeance de nous communiquer, ont été pour nous l'occasion de recherches bibliographiques, de lectures, et d'étude (tant aux consultations externes de gastro-entérologie, qu'au service de radiologie), dont la thèse inaugurale que nous avons l'honneur de soutenir aujourd'hui est le modeste travail.

Nous limiterons notre sujet à l'étude de l'ulcus de la petite courbure, c'est-à-dire, à l'étude de l'ulcère siégeant sur la partie moyenne de la petite courbure, soit sur la portion verticale du corps, soit sur la portion horizontale de l'antrum, soit sur l'angle de jonction des deux segments. Nous restons ainsi dans le cadre de la conception de GOSSET « jusqu'à deux travers de doigt des orifices ».

En effet, comme le dit GUTMANN, « plus haut il aurait une symptomatologie cardiaque, plus bas, il implique avant tout une participation pylorique ».

L'étude des ulcères juxta-orificiels nous aurait entraîné trop loin et multiplié des pages d'une impression déjà difficile.

Dans une première partie nous traiterons le diagnostic de l'ulcus de la petite courbure, et dans une deuxième partie, nous envisagerons le traitement de cet ulcère.

HISTORIQUE

*« L'esprit humain observe, classe,
explique. »*

« Le dérangement de l'estomac et de l'intestin provient des mauvais résidus de la coction ou fermentation des aliments. » Cette conception date d'Hippocrate et de Galien ; à cette époque, on ne connaissait que les maladies fonctionnelles et ce n'est que bien après que la multiplicité des phénomènes attire l'attention des auteurs.

L'ulcère gastrique est observé pour la première fois, d'après HURST, par Marcellus DONATUS et publié en 1586 dans son « De Medica Historia Mirabili ».

La deuxième description clinique d'un syndrome ulcéreux est faite par un observateur non médical : Mme DE LAFAYETTE, qui rapporte minutieusement « l'affection mortelle de la Duchesse d'Orléans, identifiée ensuite à l'autopsie comme une perforation gastrique ».

Après ces deux observations le problème reste en suspens et HURST, à qui nous devons une excellente étude historique, ne rencontre une autre allusion à cette maladie qu'en 1700, où BONETUS de Genève, dans son « Sepulchretum » cite l'histoire racontée par BAUHIN. Puis, LITTRÉ, en 1704 et RAVOLINSON, en 1729, publient leurs observations cliniques et anatomiques. En 1787, BLENNLAND fait paraître un traité sur les sténoses

pyloriques qui contient une description claire du symptôme. Les observations se succèdent ensuite, mais certains auteurs, entre autres ABERCROMBIE, en 1828, confondent l'ulcus et le cancer gastrique. La distinction clinique entre ces deux affections est formulée par CRUVEILHIER, dans ses admirables travaux où il nous donne également le premier plan thérapeutique.

Vers la fin du XIX^e siècle, les études sur l'ulcus gastrique se multiplient et nous retrouvons les noms de WOLFLER, DOYEN, KOCHER, DÉAN, DIEULAFOY, qui avec d'autres ont contribué à définir la clinique et à établir une thérapeutique de l'ulcère gastrique. Cependant à cette époque, l'étude de l'ulcère gastrique ne s'appuie que sur quelques observations, sur les données du chimisme gastrique et sur les constatations d'autopsie, si parfaitement décrites en France par A. MATHIEU et par Fr. MOUTIER. « On peut dire que le contrôle opératoire manque le plus généralement et que les recherches radiologiques sont encore bien incertaines. » Les syndromes gastriques ne se distinguent que par des nuances subtiles difficiles à apprécier.

Ces vingt dernières années ont été témoin d'une avance considérable, les ouvrages se sont prodigieusement multipliés et parmi les nombreux auteurs nous relevons les noms de LÆPER, HARTMANN, SOUPAULT, RAMOND, ROUX, MOUTIER, DUVAL, SURMONT, GOSSET, GUTMANN, BAUMEL, MOULONGUET.

Une véritable révolution s'est opérée, révolution due aux progrès de la radiologie, à la multiplicité des interventions chirurgicales, à l'introduction de l'expérimentation et au perfectionnement de la gastroscopie.

PREMIÈRE PARTIE

DIAGNOSTIC DE L'ULCUS DE LA PETITE COURBURE

Nous faisons presque toujours le diagnostic d'ulcère après un interrogatoire bien conduit. Souvent nous pensons à la probabilité de l'ulcus de la petite courbure et, dans certains cas, le diagnostic du siège peut être défini ou du moins peut être suspecté fortement.

Cependant, l'intensité des douleurs, leur évolution atypique, peuvent être la cause d'erreurs de diagnostic, erreurs facilement rectifiables par la radiologie.

Quoiqu'il en soit, les examens radiologiques seront toujours nécessaires pour affirmer le siège de la lésion. Il sera parfois intéressant de faire les examens de laboratoire, quoique l'étude du chimisme gastrique ait perdu de son importance. Et enfin, dans certains cas, un examen gastroscopique sera utile à pratiquer.

Nous envisagerons donc successivement le diagnostic clinique — différentiel — radiologique et nous terminerons par les examens de laboratoire et le contrôle gastroscopique.

I. — Diagnostic clinique.

Peu d'organes sont susceptibles de donner autant de manifestations pathologiques que l'estomac, et c'est pourquoi l'examen clinique n'a rien perdu de son importance.

A) Interrogatoire.

L'interrogatoire représente un temps essentiel de cet examen clinique, et « l'étude minutieuse des symptômes subjectifs relatés par les malades est plus importante encore en pathologie digestive que dans toute autre branche de la médecine » (GATELIER).

« A la fin d'un interrogatoire bien conduit, nous dit GUTMANN, le diagnostic doit être fait. » Cette idée qui peut paraître exagérée est confirmée dans la majorité des cas.

« Il faut pouvoir se représenter avec netteté, non seulement les caractères de la douleur, mais aussi, son évolution dans le cours de la journée et, surtout, son évolution au courant des années depuis le début de la maladie. »

RAMOND conseille de suivre pas à pas la journée du malade depuis le lever jusqu'au coucher, en l'interrogeant sur toutes les sensations qu'il accuse et sur les incidents d'apparition nocturne. On obtient ainsi, des symptômes subjectifs qui nous serviront de points d'appui pour étayer le diagnostic. Les douleurs constituent certainement le plus important des symptômes fournis par l'interrogatoire et elles méritent une étude spéciale.

LES DOULEURS :

Le début est souvent insidieux et longtemps latent, parce qu'extra-officiel, l'ulcus de la petite courbure ne retentit pas immédiatement sur le pylore. Ce sont quelques vagues douleurs, des tiraillements, des crampes, des brûlures, parfois une simple pesanteur, des malaises, des ballonnements, qui n'ont rien de caractéristique. Cependant, le plus souvent, ces troubles dyspeptiques « ne sont révélés qu'à l'occasion de l'alimentation, au

moment du fonctionnement de l'organe » (BAUMEL), et dès le début, il y a intermittence des troubles, qui ont déjà une allure périodique ; mais on ne peut encore préciser un horaire spécial.

Peu à peu, la maladie s'affirme comme un ulcus, et un jour, au cours d'une poussée, le syndrome se précise.

a) *Le cycle douloureux* : ce sont des crampes, des torsions, des brûlures, d'apparition brusque, se manifestant après les repas, durant le temps de la digestion et s'atténuant à mesure que l'estomac se vide.

Le malade souffre ainsi tous les jours, « sans un manque », pendant 15 jours, un mois, ou deux mois ; puis s'installe « une période de bien-être absolu pendant laquelle le malade ne sent plus son estomac » (BAUMEL) et se croit guéri. La durée de cette période est variable ; elle peut être de plusieurs semaines, de plusieurs mois, voire même dans certains cas, de plusieurs années ; mais nous estimons que chez les ulcéreux non traités, les périodes de silence dépassent rarement un an. Une nouvelle période douloureuse se déclanchera ensuite, pendant laquelle le malade souffrira tous les jours après chaque repas.

« Evolution par périodes douloureuses dans l'année et par crises post-prandiales dans la journée », tels sont les caractères fondamentaux de l'ulcère gastrique.

Cependant les douleurs peuvent avoir un cycle évolutif atypique et SAVY, FROMENT, CHAPUIS et JEUNE ont bien étudié ces anomalies.

Les périodes douloureuses peuvent être anormalement courtes, durant deux ou trois jours ; on conçoit dès lors les difficultés que l'on aura à poser un diagnostic, d'autant plus que comme nous le verrons plus loin (observation n.º 1), il peut s'agir de formes pseudo-vésiculaires. Dans ces cas, seul l'examen radiologique permettra de trancher la question.

Souvent la rémission n'est pas franche, et dans l'intervalle des périodes douloureuses persiste une sensation de gêne sourde, de douleur vague, gardant toujours le caractère post-prandial.

b) *La nature des douleurs* : Peut-on se fonder avec beaucoup plus de sûreté sur la nature des douleurs pour établir le diag-

nostic d'ulcus de la petite courbure ? Il est classique de dire que la douleur typique de l'ulcère est une crampe ; cependant, certains ulcéreux ne souffrent que de brûlures et certains autres comparent leur douleur à celle d'une plaie à vif. En réalité, la douleur peut revêtir tous les caractères « et chaque ulcéreux fait sa propre douleur » (BAUMEL) ; celle-ci varie suivant la profondeur des lésions et suivant la sensibilité du malade. Nous avons même vu des formes frustes où la douleur ne se traduisait que par une sensation plus ou moins vague de pesanteur et de ballonnement, jusqu'au jour où une complication révélatrice permit d'orienter le diagnostic ; et, sans être absolu, nous dirons, avec GUTMANN, « qu'un dyspeptique qui vomit du sang avant d'avoir présenté une histoire nette d'ulcus, a des chances d'avoir un ulcère de la petite courbure ».

c) *Horaires de la douleur* : l'horaire de la douleur a une plus grande importance et a fait l'objet de nombreux travaux. Pour la plupart des auteurs, la douleur est assez précoce, c'est-à-dire qu'elle apparaît dans les deux premières heures après les repas. C'est ainsi que d'après les statistiques de SALOZ, CRAMER et ROPPERT, la douleur apparaît dans les deux premières heures, avec un pourcentage plus élevé pour la première heure. Pour LÆPER, plus la lésion est haute, plus la douleur est précoce ; plus elle se rapproche du pylore, plus elle est tardive. D'après les statistiques de MADIVANEITIA, il résulte que la douleur apparaît avant deux heures dans les 46 % des malades atteints d'ulcus de la petite courbure ; dans les deux heures dans les 36 % des cas, et 18 % à la troisième heure et plus.

Pour GEILINGER la douleur serait de type immédiat et se présenterait avec une périodicité très accusée.

Mais pour SAVY, une douleur très précoce, apparaissant une demi-heure après le repas ou plus tôt encore, serait plus en faveur d'un ulcère duodénal que d'un ulcère de la petite courbure.

Il est à remarquer d'autre part que la douleur dure de demi-heure à une heure ; elle peut durer dans certains cas 2 heures, et parfois tout le temps de la digestion, mais presque toujours, elle se calme avant le repas suivant. C'est le rythme à quatre

temps de MOYNITAN : Nourriture — accalmie — douleur — accalmie. Et on peut dire avec GUTMANN, qu'une douleur assez précoce, apparaissant-autour de la première heure et se calmant avant le repas suivant, sans être pathognomonique, est assez caractéristique d'un ulcère de la petite courbure.

d) *Autres caractères de la douleur* : siège, irradiations, intensité. — La localisation maxima de la douleur est presque toujours épigastrique et autour de l'appendice xyphoïde, ce qui n'est pas un signe frappant, mais souvent la douleur est haute, rétro-xyphoïdienne, et elle siège quelquefois à gauche de la ligne médiane, sous le rebord costal, ce qui est beaucoup plus caractéristique d'un ulcère de la petite courbure.

GEILINGER dit n'avoir jamais observé de douleur localisée à droite de la ligne médiane. SAVY a rencontré plusieurs cas où la douleur siégeait dans l'omoplate gauche ou à la face antérieure du thorax, réalisant alors la douleur pseudo-angineuse. Dans sa thèse, PÉRISSEL affirme que les douleurs thoraciques et scapulaires sont particulièrement nettes dans l'ulcère de la petite courbure ; mais souvent ces douleurs coïncident avec l'irradiation dorsale typique. Dans certaines observations, elles se présentent sous forme de crises douloureuses à type angineux. Dans ces cas, la périodicité de la douleur, son apparition post-prandiale, et l'examen radiologique peuvent faire le diagnostic.

L'irradiation de la douleur est un autre élément important de diagnostic, et on peut dire que « dans 80 % des cas, une douleur qui s'irradie à gauche et vers le dos, signe l'ulcus de la petite courbure » (BAUMEL).

Jusqu'alors, les douleurs étaient calmées par les ingestions alimentaires ou alcalines, mais au fur et à mesure de l'extériorisation de l'ulcus, celui-ci arrive près des branches du pneumogastrique et sa symptomatologie prend un aspect particulier que GUTMANN décrit comme « étape nerveuse » de l'ulcère de la petite courbure.

Les douleurs, alors, ne sont plus calmées, ni par les ingestions alimentaires ou alcalines ni même par des médicaments analgésiques. Elles perdent progressivement leur caractère évolutif

et acquièrent par contre une intensité particulière se manifestant parfois par des crises tabétiiformes.

A cette période les irradiations sont plus nettes ; dans de nombreux cas elles deviennent plus importantes que la douleur épigastrique primitive, et on peut observer souvent la douleur « transfixiante » classique.

Après avoir éliminé le tabès, par l'examen des réflexes rotuliens, achilléens et pupillaires, par les réactions sérologiques, en présence d'un malade présentant des crises d'une telle intensité, et ayant des antécédents gastriques à forme ulcéreuse, on peut presque à coup sûr affirmer le diagnostic d'ulcère de la petite courbure.

LES VOMISSEMENTS :

Comme on le voit, l'analyse des douleurs suffit presque toujours pour faire le diagnostic d'ulcère ; et assez souvent elle nous donne la possibilité de suspecter l'ulcus de la petite courbure. Mais elles ne sont pas les seules manifestations révélées par l'interrogatoire, et des vomissements viendront, dans certains cas, s'ajouter au tableau clinique.

Cependant, il ne faut pas voir dans le vomissement un signe régulier d'ulcère de la petite courbure, et DUVAL ne le rencontre que dans un tiers des cas.

D'après GEILINGER, les vomissements sont toujours précoces ; ils surviennent *immédiatement* après les repas, et contiennent un peu de liquide muqueux avec absence presque constante d'aliments. Nous n'avons jamais observé ce fait, et lorsque le vomissement suivait immédiatement le repas, nous avons toujours constaté la présence de particules alimentaires.

Ils se produisent, en général, environ une heure et demie après les repas, et quand ils existent, ce sont des vomissements muqueux acides, non précédés de nausées, survenant seulement à l'acmé de la douleur et la calmant ; c'est pourquoi, ils sont souvent provoqués par le malade lui-même.

De tels vomissements peuvent avoir une réelle signification, s'ils coïncident avec un syndrome ulcéreux typique.

Lorsqu'ils sont spontanés, ce sont rarement des vomissements

alimentaires abondants ; mais il arrive que l'on retrouve les aliments, lorsqu'ils sont provoqués par le malade.

De toutes façons, dans les deux cas, il est à noter que le vomissement est partiel et « qu'il ne contient pas la totalité des aliments qui viennent d'être ingérés » (BAUMEL).

Par contre, le vomissement tardif, riche en suc acide et en matières alimentaires, est plus important que le vomissement précoce, et ne peut avoir aucune signification de diagnostic pour l'ulcère de la petite courbure ; il indique seulement une sténose pylorique, organique ou fonctionnelle, pouvant être due à un ulcus gastrique quelconque, de la petite courbure ou duodénal, mais le plus souvent pylorique. Toutefois, comme nous le laissons entendre, on peut observer des vomissements tardifs au cours de l'évolution d'un ulcus de la petite courbure ; ils soulagent alors considérablement le malade « qui ressent même parfois une sensation de bien-être » (BAUMEL).

SYNDROME VAGOTONIQUE :

Il existe d'autres éléments de diagnostic qui peuvent avoir une valeur localisatrice, et entre autres, les nausées, lorsqu'elles sont associées à un tableau clinique d'ulcère.

Dans cet ordre d'idée, on peut décrire le syndrome vagotonique de LÆPER, caractérisé par une salivation permanente et un état nauséux, associés à de l'hypotension, avec bradycardie, myosis et exagération du réflexe oculo-cardiaque.

PÉRISSEL, dans sa thèse, étudie ce syndrome et l'attribue à un ulcère de la petite courbure irritant des filets nerveux du pneumogastrique. Pour lui, il est souvent accompagné de douleurs très violentes, survenant soit précocement, soit tardivement, soit d'une manière continue, avec irradiation dorsale ; il y a de plus atteinte de l'état général, avec amaigrissement considérable. On ne trouve pas de signes pyloriques, et à la radio, on constate un spasme médiogastrique caractéristique.

Tel qu'il est, ce syndrome de Læper n'est pas très fréquent, il nous arrive d'en observer assez souvent quelques symptômes, et lorsqu'ils sont associés à des douleurs ulcéreuses typiques,

ils ont une réelle valeur et sont en faveur d'un ulcère de la petite courbure.

Fréquemment nous rencontrons une salivation exagérée, mais il est également fréquent de voir des sialorrhées dans les affections gastriques sans que l'on puisse incriminer un ulcus de la petite courbure, ce symptôme est donc moins particulièrement lié à cet ulcère. Il en est de même pour l'hypotension que l'on rencontre souvent en dehors d'un ulcère de la petite courbure.

Par contre, les nausées, la bradycardie, le myosis et l'exagération du réflexe oculo-cardiaque seraient plus particulier à l'ulcère de la petite courbure. Il reste bien entendu toutefois que ces signes doivent être associés à un syndrome ulcéreux pour qu'ils aient l'importance diagnostique que nous leur attribuons, avec LÆPER, GUTMANN et PÉRISSEL.

HÉMORRAGIES :

L'ulcère de la petite courbure est fréquemment un ulcère à manifestations hémorragiques, et on a longtemps considéré l'hémorragie comme un symptôme de l'ulcère.

Précisons que le syndrome ulcéreux ne comporte pas normalement l'éventualité d'hémorragies. Lorsqu'elles surviennent, quels que soient leur abondance, leur répétition et leur ralentissement sur l'état général, les hémorragies doivent toujours être considérées comme un symptôme inhabituel de l'ulcère, c'est-à-dire comme une véritable complication. Tous les degrés ont été décrits depuis les simples suintements sanguins, communiquant aux vomissements une teinte noirâtre, une couleur de suie ou de marc de café, que l'on retrouve également dans les selles, jusqu'aux cas d'hématémèse abondante précédée de pâleur de la face, de nausées, avec sensation de chaleur ou de pesanteur, à l'épigastre, de vertige, de bourdonnements d'oreilles, de tendance à la syncope. Il a même été observé des cas d'hématémèse foudroyante par ulcération de l'artère coronaire : dans telle éventualité, le malade pâlit brusquement, tombe comme une masse, et meurt en rendant quelques gorgées de sang.

En général, l'hématémèse, lorsqu'elle se produit, survient

après les crises douloureuses, sous la forme de vomissements plus ou moins abondants de sang rouge, rutilant.

A une période plus avancée de l'évolution de l'ulcus, les hémorragies deviennent plus fréquentes et sont plus abondantes. Parfois, comme nous l'avons déjà vu, elle est la première manifestation permettant de penser à un ulcère de la petite courbure, celui-ci ne s'étant traduit jusqu'alors que par des signes dyspeptiques banaux.

Il est à noter, enfin, que l'hémorragie fait cesser le syndrome douloureux, comme elle fait disparaître les signes radiologiques.

B) Examen du malade.

Si les signes fonctionnels, fournis par l'interrogatoire, sont très importants et constituent pour ainsi dire tout le tableau clinique de la maladie, par contre, les signes physiques, révélés par l'examen du malade, sont réduits au minimum.

Pour qu'il conserve toute sa valeur, l'examen du malade doit être complet et exécuté d'une façon méthodique.

Après l'exploration de l'appareil digestif, nous passons en revue les autres appareils en insistant sur l'appareil respiratoire, l'appareil circulatoire et le système nerveux. Cette précaution nous évite bien souvent de grossières erreurs. En effet, les douleurs épigastriques n'étant que la manifestation d'une irritation du plexus solaire, il arrive que celui-ci soit irrité par toute autre lésion qu'une lésion gastrique. Il n'est pas rare de voir une appendicite, et encore moins une cholécystite, provoquer des douleurs épigastriques. Dernièrement, même, un malade hospitalisé pour douleurs gastriques, avec fièvre, fut trouvé atteint d'une affection pulmonaire et ces douleurs disparurent après un traitement approprié du syndrome pulmonaire.

L'état général des ulcéreux est plus ou moins touché. Certains auteurs notent souvent une atteinte importante, avec anémie ; ce sont des malades déprimés dans une assez large mesure. Ces troubles relèvent des hémorragies et de la restriction alimentaire que s'imposent ces malades par crainte des douleurs.

Nous avons certes, observé un amaigrissement, mais il est

assez rare qu'il soit vraiment considérable, du moins au début, car en dehors des périodes douloureuses, les malades se nourrissent à nouveau à leur faim et reprennent du poids.

La palpation n'apporte pas d'éléments appréciables de diagnostic.

En dehors des crises, on ne trouve rien, ou tout au plus, une sensibilité de l'épigastre minime, ce qui n'a aucune valeur diagnostique. Pendant les crises, on constate, mais pas toujours, une légère défense, ou une tension douloureuse épigastrique.

Pour GUTMANN, la palpation douloureuse à gauche, région épigastrique gauche, paraxyphoïdienne gauche, zone sous-costale gauche, est plus caractéristique d'un ulcus de la petite courbure.

Dans ses travaux, BOAS a montré qu'il pouvait exister une hyperesthésie à la pression dans une zone dorsale paravertébrale. Cette hypersensibilité a été l'objet de recherches, et pour SEIDL, elle s'étend de la 7^e dorsale à la 3^e lombaire ; elle serait plus vive à droite ou à gauche de la ligne médiane, suivant la localisation de l'ulcus sur la petite courbure. Il est évident que ces signes auraient une importance diagnostique certaine, si on les retrouvait chez tous les malades, et si l'on pouvait faire un rapport exact entre la localisation de l'ulcus et la zone hypersensible. Mais tous les auteurs ne sont pas d'accord et GUTMANN avoue les avoir cherchés souvent sans les trouver. Nous nous sommes également découragés devant la négativité de ces explorations.

Ainsi, l'examen du malade ne donne pas de renseignements décisifs, et souvent, dans certains cas atypiques, et dans les formes très douloureuses, plusieurs diagnostics resteront en suspens. Quels sont ces diagnostics, comment y reconnaitrons-nous toute la part qui revient à l'ulcère de la petite courbure ? C'est ce que nous allons essayer d'étudier dans le diagnostic différentiel.

II. — Diagnostic différentiel.

D'après certains auteurs, le diagnostic s'impose presque toujours et il est rare qu'il puisse prêter à confusion. Pour d'autres, au contraire, le diagnostic est à faire avec une série d'affections également douloureuses de la région sus-ombilicale, gastrique, ou extra-gastrique.

a) En réalité, **dans les formes typiques** du syndrome ulcéreux, tel que nous l'avons décrit au début, le diagnostic est facile à poser ; une seule confusion possible que signale GATELLIER, la gastro-pyloro-duodénite, mais cette affection est beaucoup plus rare, et de plus, comme le fait remarquer l'auteur, « il s'agit, même dans ce cas, d'un ulcère à rechercher au cours de l'intervention ».

b) **Dans les formes plus floues**, deux diagnostics sont pratiquement à faire : la lithiase biliaire et l'appendicite.

1) Nous insisterons à dessein sur la similitude de certaines coliques hépatiques avec l'ulcus de la petite courbure, et sur la similitude de certaines formes ulcéreuses avec la lithiase biliaire.

Dans le premier cas, on pense à un ulcus gastrique alors que seule la présence de calculs dans la vésicule doit être rendue responsable des crises douloureuses épigastriques. Cette confusion est possible ; en effet, on sait que la vésicule biliaire se contracte au moment de la digestion ; si la vésicule est irritée, la contraction devient douloureuse et retentit sur le plexus solaire. D'autre part, les douleurs peuvent être également dues à une crampe pylorique que crée le voisinage de la lésion biliaire. Ainsi, nous avons, tout comme dans l'ulcus, des crises douloureuses survenant après les repas. La confusion est d'autant plus facile que les crises douloureuses se manifestent par périodes, séparées par des intervalles de calme complet, à peine troublé par quelques malaises vagues après les repas.

Cependant, certains signes nous permettent de faire le diag-

nostic : ce sont, d'abord, dans la cholécystite, des paroxysmes plus violents qui apparaissent à n'importe quelle heure ; ce sont, ensuite, des crises classiques de trois jours, qui restent sans lendemain, alors que dans l'ulcère la période douloureuse est, en règle générale, plus longue.

D'autre part, la douleur de l'ulcus de la petite courbure persiste d'une demi-heure à deux heures, celle de la cholécystite dure plus longtemps, parfois une demi-journée et même une journée entière.

Les irradiations également peuvent nous guider dans le diagnostic car dans l'ulcère de la petite courbure, elles se font très souvent à gauche, alors que dans la cholécystite, elles se font plus volontiers à l'épaule droite.

Dans le deuxième cas, on pense à une lithias biliaire alors qu'en réalité les douleurs sont dues uniquement à un ulcère de la petite courbure. Des erreurs de diagnostic peuvent se produire et nous n'en voulons pour preuve que l'histoire de l'observation n° 1 que nous rapportons plus loin.

Il arrive que des malades souffrent après chaque repas, pendant une période plus ou moins longue, et présentent à certains jours des crises extrêmement violentes qui font aussitôt penser à une colique hépatique. Chez d'autres, comme l'a montré SAVY, le syndrome ulcéreux n'est pas caractéristique ; les périodes douloureuses peuvent être très courtes, durant deux ou trois jours ; de là aux crises classiques de trois jours de la cholécystite, il n'y a qu'un pas, vite franchi. Parfois même, dans certains cas, on se trouve en présence de formes ulcéreuses pseudo-vésiculaires proprement dites, avec paroxysmes douloureux, et coexistence de fièvre.

Il est vrai que dans la cholécystite on peut sentir la vésicule douloureuse sous le rebord costal, ou réveiller une sensibilité anormale à ce niveau ; mais en période de crises, tout l'épigastre étant plus ou moins douloureux, il est parfois difficile de localiser le point précis maximum de la douleur. Quoiqu'il en soit, seule la radiologie nous permettra dans ce cas de faire le diagnostic certain.

2) *Appendicite ou ulcère ?* C'est un diagnostic pas toujours facile. L'appendicite chronique s'accompagne parfois de douleurs épigastriques, et souvent il y a coexistence des deux.

La dyspepsie appendiculaire n'a pas la netteté d'évolution de la dyspepsie ulcéreuse. Il y a d'autre part des signes coliques et à la palpation, on provoque la classique réaction appendiculaire. Dans tous les cas où la maladie ulcéreuse n'est pas caractéristique, et où le point de Mac Burney est sensible, il faudra se méfier de l'appendicite.

GATELLIER va plus loin ; il nous dit que « même si le symptôme ulcéreux est net, avec coexistence de troubles coliques, il faudra penser à l'association d'une appendicite et d'un ulcus ».

Ici, également, la radiographie permettra bien souvent de faire la différence.

c) **Dans les formes très douloureuses**, avec irradiations transfixiantes, on peut penser à la possibilité d'un tabès, mais à notre avis, l'erreur ne doit pas être commise. D'une part, en règle générale, les crises gastriques du tabès apparaissent et disparaissent brusquement, et on remarque leur indépendance vis-à-vis de l'ingestion alimentaire. D'autre part, à l'examen physique on note des signes du tabès, comme l'abolition des réflexes rotuliens et achilléens, la perte de la réaction pupillaire à la lumière et la persistance du réflexe de l'accommodation. Ces caractères joints à la constatation d'une sérologie sanguine positive, et d'une réaction de Bordet-Wassermann également positive dans le liquide céphalo-rachidien, permettent de trancher la question.

Toutefois, le problème peut se compliquer lorsqu'il existe un ulcus chez un tabétique. BONNET P. et DELOR P. rapportent l'observation d'un homme de 45 ans, tabétique avéré et éthylique, qui présenta, de 1925 à 1928, de violentes crises gastriques avec intolérance stomacale absolue et deux fois avec hématomèse. L'abondance, la répétition de l'hémorragie, lors de la dernière crise, fit décider une intervention qui permit de constater un ulcère de la petite courbure en pleine période inflammatoire. Depuis octobre 1928, le malade n'a plus présenté

de crises douloureuses alors qu'en 1928, il avait des crises presque mensuelles. Il faut mentionner, que dans le cas observé, ni le traitement médical, ni le traitement spécifique associé n'avaient suffi pour arrêter l'évolution de l'ulcère.

En pratique, l'association d'un ulcère au tabès doit être recherchée lorsque les crises sont anormales, lorsqu'elles se prolongent plusieurs jours. L'hématémèse doit faire songer à la possibilité d'un ulcus associé. Si le doute persiste, la radiographie doit permettre le diagnostic.

d) **Dans les formes avec irradiations thoraciques**, il est évident que le diagnostic d'angine de poitrine peut se poser. On est de suite mis sur la voie par l'évolution des crises se reproduisant régulièrement après chaque repas, par l'absence d'irradiations dans le bras gauche, et surtout par l'inefficacité absolue des médicaments comme la trinitrine ou le nitrite d'amyle.

e) **Ulcère ou cancer ? Ulcère cancérisé, cancer ulcériforme ?** C'est un problème très important que nous allons maintenant étudier.

La possibilité de la cancérisation de l'ulcère est admise par tous les auteurs ; mais on discute sur la fréquence, et elle a donné lieu à de nombreuses controverses.

MOYNTAN trouve que deux-tiers des cancers naissent sur d'anciens ulcères ; MAYO donne des pourcentages de 40 à 70 % de cancers greffés sur des ulcères. Cette notion de fréquence fut reconnue pour beaucoup et motiva les méthodes d'exérèse. Mais des examens anatomo-pathologiques plus précis montrèrent qu'il ne fallait pas confondre d'une part l'ulcère cancérisé et d'autre part le cancer ulcériforme. Il ne faut parler de cancer greffé sur un ulcère que lorsqu'il existe antérieurement des preuves indiscutables d'ulcère.

De ce fait, on note une diminution de la fréquence de cancérisation et en France, on considère actuellement qu'elle est d'environ de 2 à 5 % sur la totalité des ulcères.

GUTMANN divise la petite courbure en plusieurs régions : la région verticale où l'ulcère est extrêmement fréquent, ne se transforme pratiquement pas et où le cancer primitif ulcériforme

est lui-même très rare. La région de l'angle où l'ulcère est fréquent, la transformation fréquente, le cancer primitif fréquent. La région horizontale où le cancer est fréquent, l'ulcère plus rare avec transformations fréquentes.

Pour lui la question se résume ainsi : dans la région verticale, les lésions sont a priori bénignes, et le problème consiste à faire la preuve de leur malignité ; dans la région horizontale, les lésions sont a priori malignes et le problème consiste à faire la preuve de leur bénignité.

Le diagnostic est parfois très difficile ; en pratique, nous envisageons deux cas, et nous procédons ainsi :

Dans le premier cas, le malade est un ulcéreux connu, suivi et on possède déjà des images radiologiques de son ulcère. On peut observer une transformation de son état qui crée une présomption de la transformation maligne de l'ulcère ; les douleurs deviennent moins paroxystiques, plus continues, les crises s'atténuent, les rémissions disparaissent. Le malade perd l'appétit, ce qui est un symptôme anormal au cours de l'ulcère.

Sur de nouvelles radiographies, on constate des modifications suspectes au niveau de la lésion. Nous faisons alors le diagnostic d'ulcère cancérisé.

Dans le deuxième cas, le malade se présente à nous pour la première fois, les douleurs sont souvent celles du syndrome ulcéreux, parfois elles sont plus continues, sans paroxysme net, et nous paraissent alors douteuses. *La radiographie révèle l'ulcère pour la première fois*, et cet ulcère peut présenter des caractères suspects ; il faut le différencier d'un cancer ulcérimorfe. Nous tenons compte alors, de l'âge du malade, de son état général, de son appétit. Du point de vue radiologique, la conception de GUTMANN de la fréquence plus grande du cancer suivant le siège de la lésion peut nous donner des indications. Nous tenons compte de la régularité ou de l'irrégularité de la niche, de la rigidité des parois, et de l'indolence au palper pour faire le diagnostic d'ulcère cancérimorfe.

Cependant, il faut bien le dire, il est des cas où le doute persiste. Nous essayons alors le traitement médical, et trois semaines ou un mois après, nous revoyons le malade à la radio.

Si les caractères suspects persistent, et à plus forte raison si les signes radiologiques s'aggravent, nous posons le diagnostic de cancer ulcérimforme. Mais ce diagnostic n'est pas toujours certain, et même à l'intervention, il est parfois difficile de différencier un cancer d'une tumeur inflammatoire d'origine ulcéreuse. Les renseignements histologiques sont en définitive les seuls qui permettent de faire un diagnostic catégorique.

III. — Diagnostic radiologique.

« Il est impossible, écrit LEWISOHN, de faire un diagnostic exact de localisation sans les rayons X. »

La clinique, en effet, ne peut se passer de l'examen radiologique, car, malgré toutes les présomptions que l'on puisse avoir sur la localisation de l'ulcère, il est bien rare que l'on puisse certifier, en toute conscience, que l'ulcère se trouve là et pas ailleurs.

Notons, cependant, que ces présomptions se trouvent confirmées dans la plupart des cas par la radiologie ; il est, en effet, hors de doute, comme nous venons de l'étudier, que la localisation de l'ulcus influe sur son expression clinique. Mais la confirmation que nous donne la radiologie nous est nécessaire pour nous permettre d'affirmer catégoriquement que l'ulcère siège sur la petite courbure.

Réciproquement, une radiographie n'aura de valeur que tout autant qu'elle sera confrontée à l'histoire clinique. « Pour bien interpréter les images radiologiques, nous dit BAUMEL, il est indispensable de connaître son évolution clinique. » Nous dirons même que si le syndrome ulcéreux est net cliniquement, et si la radiologie ne révèle aucun signe d'ulcus, il faut refaire un examen radiologique, car « la clinique a toutes les chances d'avoir raison » (GUTMANN).

L'examen radiologique comprend deux temps : la radioscopie et la radiographie. « Ces deux applications d'une même méthode ne doivent pas, comme on l'a fait trop longtemps, être opposées

l'une à l'autre ; elles sont complémentaires et doivent toujours être associées » (BAUMEI).

Deux procédés sont actuellement employés pour l'étude radiologique de l'ulcus gastrique :

1) la réplétion de l'estomac par une couche épaisse de substance opaque,

2) le procédé de la « couche mince » destiné à rendre visibles les plis et les sillons de la muqueuse.

Ces deux procédés ne s'excluent pas, ils se complètent et nous donnent une série de signes bien précis ; mais — et nous insistons à dessein, — ces signes n'ont de valeur que par leur constance répétée à plusieurs examens.

D'une façon générale, les signes radiologiques peuvent persister pendant les périodes intercalaires, montrant bien que la guérison clinique n'est qu'apparente et qu'en réalité, l'ulcère persiste. Ils disparaissent, tout au moins pour certains, les plus caractéristiques, après les hémorragies, ce qui prouve qu'ils sont dus pour une grande part au spasme et à l'œdème.

Radiologiquement, peut-on faire le diagnostic de l'ulcus récent ?
A notre avis, les plis gastriques ne sont pas altérés suffisamment en profondeur pour que la lésion ulcéreuse se manifeste.

On peut seulement remarquer : soit une hyperkinésie gastrique généralisée (mais tout estomac hyperkinétique n'est pas fatalement ulcéreux), soit un spasme de la grande courbure, se traduisant par une encoche persistante plus ou moins profonde.

Ces signes n'ont qu'une valeur de présomption, et encore, faut-il qu'ils soient associés à un syndrome clinique indiscutable.

Ce n'est qu'exceptionnellement que l'on peut voir, sur la petite courbure, après la première gorgée de baryte, une petite tache qui ne persiste d'ailleurs pas. Si elle est douloureuse à la palpation et si elle est située immédiatement en face du spasme de la grande courbure, elle possède une plus grande valeur que les deux signes précédents, mais elle n'est jamais une image de certitude.

Seul l'ulcus ancien donne des signes caractéristiques, dont le plus important est la niche.

La niche.

Celle-ci peut revêtir soit un aspect conique en entonnoir, soit une forme ovale ou en calotte et détermine sur la petite courbure un enfoncement qui saillit plus ou moins en dehors de l'estomac. Elle se remplit dès que la baryte arrive à son niveau, et elle persiste même un certain temps, alors que le niveau opaque l'a quittée. On la repère toujours sur les clichés pris de face ou avec une certaine obliquité ; la position légèrement oblique est parfois nécessaire pour permettre la visibilité d'une niche du versant postérieur de la petite courbure.

Les petites niches peuvent passer inaperçues à l'examen radioscopique le plus minutieux. Nous examinons toujours toute la longueur de la petite courbure avec un diaphragme réduit, mais même dans ce cas, il est parfois difficile de voir une petite niche. Par contre, on la voit toujours bien sur de bons films radiographiques ; mais il est nécessaire d'en prendre plusieurs, en faisant tourner légèrement le malade à droite et à gauche.

A une période plus avancée, la niche revêt un aspect « pseudo-diverticulaire ». Les premières gorgées de baryte descendant le long de la petite courbure pénètrent dans la niche, pendant que le reste de la substance opaque descend dans le bas-fond gastrique. On a alors une tache ovale ou plus ou moins arrondie, qui est extériorisée de l'estomac auquel elle est reliée par une portion pédiculée de calibre et de longueur variable. D'où son aspect en « boule d'escalier », ou en « bouchon de champagne ».

Elle peut se présenter sous la forme classique dite niche de Haudek : « c'est un petit estomac en miniature ». On constate une partie inférieure opaque, à niveau horizontal, et une partie supérieure claire, formée par une bulle d'air. Cette niche de Haudek se voit d'ailleurs de plus en plus rarement depuis que le diagnostic est fait plus tôt.

La rigidité segmentaire.

Autour de l'ulcère, l'inflammation déborde de part et d'autre ; la paroi épaisse est moins souple, plus rigide que la paroi normale, c'est la *rigidité segmentaire*. P. DUVAL a particulièrement

insisté sur ce signe, et KUTTNER a constaté son importance pour le diagnostic d'ulcus de la petite courbure. On a l'impression que la paroi est légèrement enraidie. Les contractions s'arrêtent à ce niveau, perdent de leur ampleur, et reprennent au-dessous. Cette zone, qui correspond au siège de la lésion, n'est pas très étendue, elle serait de un à deux centimètres et serait mobilisée par les contractions « comme une planche sur les flots » ; au contraire de ce qui se passe dans le cancer, où la rigidité est plus étendue et où la paroi gastrique reste complètement immobile.

La rétraction de la petite courbure.

Le processus sclérosant de l'ulcère produit une rétraction cicatricielle qui attire les tissus voisins ; *c'est la rétraction de la petite courbure*. La sclérose se fait au niveau du petit épiploon et produit la rétraction de ce dernier. Il en résulte un enroulement de la petite courbure attirant le pylore en haut et à gauche et le rapprochant du cardia. Au début, on a seulement la rétraction segmentaire ; mais très progressivement, on obtient l'aspect que SCHMIDEN décrit sous le nom d'estomac en hélice ou estomac en escargot.

Le plus souvent la déformation n'est pas très accentuée ; mais certains auteurs ont observé des déformations très importantes. C'est le stade ultime du processus rétractile, la région pylorique est amenée au contact de la partie moyenne de l'estomac et celui-ci prend alors un aspect très particulier que RIEDEL appelle « estomac en blague à tabac ».

Il arrive, parfois, qu'en l'absence de toute lésion de la paroi gastrique, la petite courbure présente une incurvation plus accentuée que normalement. Parfois même le pylore est situé à la partie moyenne de l'estomac et presque au contact de la petite courbure. THIERFELDER trouva une telle disposition deux fois sur seize autopsies. Il s'agit alors d'estomacs hypotoniques.

ASMANN et STIERLIN donnent la confirmation radiologique des observations de THIERFELDER et constatent qu'on peut trouver l'image « en escargot » en dehors de toute modification de la paroi gastrique.

Par suite, l'image « en escargot » n'aura une valeur diagnostique que tout autant qu'elle coïncidera à un syndrome ulcéreux.

Incisure de la grande courbure.

La lésion ulcéreuse peut déterminer, sur la grande courbure, une incisure due à un spasme localisé. L'incisure spasmodique se traduit par une saillie intra-gastrique qui marque un léger étranglement de la colonne opaque. Cette saillie siège au niveau même et en face de la lésion ulcéreuse.

Au fur et à mesure de l'emplissage gastrique, cette déformation s'atténue et finit par disparaître. Parfois, au contraire, elle peut persister lorsque la cavité gastrique est pleine. Sa disparition s'explique par la distension de l'estomac. Mais elle réparaît rapidement, toujours au même endroit précis, avec la même forme, si l'on excite la paroi gastrique par des pressions répétées et particulièrement, si l'on appuie sur la région présumée de l'ulcère.

Une notion, importante à retenir, est la constance de sa forme et de sa localisation ; cela nous permet de la distinguer d'incisures spasmodiques banales que l'on peut observer sur des estomacs hyperkinétiques.

Par elle-même, l'incisure de la grande courbure n'est pas un signe caractéristique de l'ulcère de la petite courbure. Comme le fait remarquer GUTMANN, on peut l'observer dans certains cas où l'estomac est irrité soit par une cholécystite, soit par une appendicite ; il arrive, alors, que l'on détermine sur la grande courbure une incisure spasmodique, en excitant par des pressions un appendice douloureux.

Mais il devient un signe important s'il est associé à un syndrome ulcéreux indiscutable.

Nous avons dit que l'incisure pouvait persister une fois la cavité gastrique remplie. L'incisure s'est alors agrandie et est devenue une encoche plus ou moins profonde. Dans certains cas, elle peut couper l'estomac en deux, ne laissant qu'un passage plus ou moins étroit le long de la petite courbure, ce qui donne au corps gastrique l'allure d'un B majuscule. « Tout se passe,

dit GUTMANN, comme si on avait ficelé l'estomac contre la petite courbure rendue rigide ». C'est la biloculation pseudo-stricturale.

Cette encoche peut être plus ou moins large, et déterminer une zone de séparation moins étroite, mais plus longue. On a affaire alors à une biloculation large, sorte de dépression à bords réguliers, souples, bien arrondis, qui pénètre dans la cavité gastrique. La fréquence de la niche est alors plus grande et on peut l'apercevoir, située sur la petite courbure, immédiatement en face de l'encoche.

Un stade plus avancé, et nous rencontrons la biloculation organique ; celle-ci peut être plus ou moins serrée ; elle est d'autant plus serrée que souvent elle est temporairement complétée par un spasme. Il se forme alors deux poches, l'une supérieure, l'autre inférieure. La baryte s'accumule d'abord dans la poche supérieure et après un temps variable, elle s'engage plus ou moins difficilement dans un passage plus ou moins étroit, suivant le degré de la sténose. Le début de cet engagement est visible radiographiquement ; on aperçoit à la surface inférieure de la poche supérieure une image opaque qui s'avance en éperon. Parfois même la baryte ne passe pas ; elle s'accumule dans la poche supérieure, commence à dessiner « l'éperon » d'engagement, et s'arrête là. C'est surtout dans ces cas qu'existe un spasme surajouté. Il est facile de différencier l'estomac biloculaire, ulcéreux, d'un estomac biloculaire cancéreux. Dans les deux, nous pouvons avoir une sténose plus ou moins serrée, formant un passage plus ou moins étroit, plus ou moins long. Un fait important, c'est que dans l'ulcère, la petite courbure ne bouge pas, et c'est la grande courbure qui est attirée dans la cavité gastrique. Le passage est ainsi situé latéralement, près de la petite courbure. Au contraire, dans le cancer les deux courbures sont atteintes, et le canal de communication est axial.

Les modifications de la grande courbure ne sont pas pathognomoniques de l'ulcus de la petite courbure. Il est vrai qu'elles le deviennent vraiment si elles sont accompagnées de la niche ; le diagnostic dans ce cas, est absolument certain. Quoi qu'il en soit, si ces modifications accompagnent l'histoire clinique d'un

syndrome ulcéreux, elles fournissent des renseignements importants pour le diagnostic de localisation.

Procédé de la couche mince.

L'étude du relief de la muqueuse gastrique, par le procédé de la « couche mince », constitue l'un des derniers progrès de la radiologie. Toutefois, ce procédé ne saurait remplacer les anciennes méthodes d'examen. Il n'est indiqué que dans certains cas particuliers, notamment lorsqu'on soupçonne une lésion que l'examen radiologique pratiqué suivant la technique courante, n'est pas parvenu à déceler ; également dans les cas douteux, difficiles, lorsque les investigations demandent à être poussées plus loin. La technique est facile : le malade étant à jeun, son estomac ne doit pas renfermer de liquide résiduel ; s'il en existe, il est nécessaire de l'évacuer à la sonde. Ensuite, « il suffit de faire absorber au malade une petite quantité de substance opaque assez diluée » (BAUMEL). L'examen se fait ensuite suivant les diverses positions, verticale, décubitus dorsal, ventral, ou latéral. On peut prendre un cliché dans chaque position, mais il est préférable de repérer par avance la position qui convient le mieux pour faire apparaître les plis de la muqueuse au niveau de la région suspectée.

Il sera souvent utile de faire sur l'estomac une pression plus ou moins forte, suivant les cas. « On étale ainsi la muqueuse et on observe mieux la position de certains plis » (BAUMEL) ; c'est le procédé de « la compression dosée ».

Dans l'ulcère, les plis prennent une disposition caractéristique ; ils convergent vers un point qui peut être soit une image résiduelle, soit une petite image circulaire, représentant la lésion ulcéreuse. D'où cet aspect d'*image étoilée*, lorsque la lésion est vue de face. Pour la petite courbure, les plis longitudinaux perdent leur parallélisme, et viennent converger vers un point plus opaque, qui peut quelquefois faire légèrement saillie au dehors, amorçant l'image d'une niche. On a alors une *disposition radiale*, en éventail.

Un autre signe, non moins important, est caractérisé par la

persistance d'un culot de substance opaque, formant la *tache suspendue*. C'est un signe très caractéristique, mais il faut faire attention aux accrochages de substance opaque dans un sillon de la muqueuse, qui sont momentanés.

En définitive, c'est une méthode d'examen sûre, qui permet d'affirmer la présence d'un ulcère par la convergence des plis, ou par la persistance d'une tache suspendue.

IV. — Examens de laboratoire.

Le chimisme gastrique peut-il nous apporter quelques arguments en faveur de l'ulcus de la petite courbure ?

L'interprétation des résultats obtenus est bien délicate, et le tubage ne peut donner d'éléments de certitude.

Cependant, d'une part, il est important de noter que dans la moitié des cas environ, on ne trouve pas de quantité appréciable de liquide à jeun. Si dans les périodes douloureuses, il existe un peu de liquide, il s'agit alors d'un liquide d'hyper-sécrétion, et ce fait est en faveur d'une lésion éloignée du pylore. Mais il peut exister, même précocement, un spasme pylorique venant fausser ces résultats.

D'autre part, nous devons signaler que PAUCHET, LUQUET et HIRSCHBERG ont essayé d'interpréter les différentes variations du chimisme gastrique suivant la localisation des lésions. Les résultats n'ont rien de caractéristique, et sont de peu de valeur.

A notre avis, l'analyse du suc gastrique donne des chiffres variables et l'hyperchlorhydrie, généralement observée, n'est pas constante. Après repas d'épreuve, on doit trouver, classiquement, une augmentation de l'acidité. En réalité, on a une hyperchlorhydrie dans 50 % des cas seulement. Dans 30 % des cas on a une chlorhydrie normale, et dans 20 % des cas, on constate une hypochlorhydrie due certainement à une gastrite chronique.

On sait que l'ulcus de la petite courbure se complique facilement d'hémorragie ; mais les hémorragies sont souvent de si

minime importance qu'il est nécessaire de recourir à des méthodes chimiques pour les déceler.

On utilise de préférence la réaction de Weber, et on recherche le sang soit dans le liquide gastrique, soit dans les selles.

On a reproché au tubage gastrique de provoquer des érosions de la muqueuse et d'occasionner ainsi des erreurs. « Depuis l'emploi du tube de Einhorn, cette cause d'erreur est peu fréquente pour ne pas dire exceptionnelle » (BAUMEL).

Par contre, d'autres causes d'erreur devraient être signalées comme étant plus fréquentes, ce sont les hémorragies buccales, gingivales, provoquées par le brossage des dents.

De même, avant la recherche du sang dans les selles, on doit vérifier l'absence d'hémorroïdes, cause fréquente d'erreur.

Ainsi, il est indispensable de se placer dans des conditions expérimentales absolument rigoureuses. Le malade doit être soumis à un régime dépourvu de viande et de poisson, sans légumes verts, ni médicaments à base de bismuth, fer, mercure et cuivre. Il faut avoir soin d'éliminer des causes possibles d'erreur : hémorragies gingivales, hémorroïdes, règles chez la femme, qui pourraient apporter du sang dans les selles.

Les résultats sont variables, on peut avoir dans certains cas une réaction de Weber positive, on peut aussi avoir une réaction négative. La réaction positive signale la présence de sang, et cette constatation est en faveur d'un ulcère, surtout s'il existe des présomptions cliniques sérieuses. Toutefois, jamais on ne pourra dire que c'est un ulcère de la petite courbure, car n'importe quel ulcère peut saigner ; de plus, une réaction positive peut être due à toute autre cause qu'un ulcère, et en particulier à toute lésion du tube digestif et de ses annexes.

Lorsque les examens sont négatifs, cela ne prouve pas la non-existence d'un ulcère. En effet, d'une part, on a constaté expérimentalement que les quantités peu importantes de sang peuvent être absorbées par l'intestin sans laisser de traces, et d'autre part, on sait que les ulcères peuvent évoluer sans manifestations hémorragiques.

En définitive, les examens de laboratoire ne donnent pas de renseignements de valeur pour nous permettre de poser le diag-

nostic. On n'aura jamais que des signes de présomption. La recherche des hémorragies occultes demande des conditions trop rigoureuses, et les résultats obtenus sont trop variables pour qu'on puisse leur attribuer une valeur diagnostique.

V. — Contrôle gastroscopique.

Les progrès réalisés dans l'endoscopie gastrique, la généralisation de plus en plus grande de cette méthode ont permis une étude plus approfondie de l'ulcère.

Nous nous permettons de rappeler que le premier promoteur de la méthode fut un Français. En effet, DÉSORMEAUX, avec son antique lampe à alcool et essence de térébenthine, nous apparaît comme le père incontesté de l'endoscopie. Son œuvre tomba dans l'oubli en France, jusqu'au jour où elle nous revint d'outre-Rhin et d'outre-Atlantique, « démonétisée et lancée comme une méthode nouvelle » (BAUMEL).

Plus près de nous, MOURE, BENSAUDE et son Ecole firent quelques essais timides ; mais c'est SCHINDLER en Allemagne, YACKSON en Amérique, et MOUTIER en France qui vulgarisèrent cette méthode. BAUMEL en fait des applications depuis 1928.

Nous n'entrerons pas dans les détails techniques de la gastroscopie ; nous tenons surtout à relater son utilité, et nous insisterons sur la possibilité que donne le gastroscope d'identifier l'ulcus, de noter les modifications de la muqueuse et de suivre l'évolution de l'ulcère vers l'extension ou la cicatrisation.

Selon les travaux de Max EINHORN, LANGE, MELTZING, SCHRIVER, LEIVA-DAZA, etc., la gastroscopie permet de préciser un diagnostic après la faillite de tous les moyens d'investigation. « Son importance est considérable dans le diagnostic et l'étude des lésions juxta-ulcéreuses » (BAUMEL).

D'après François MOUTIER, l'endoscopie nous permet de nous rendre compte parallèlement à la clinique et à la radiologie, des périodes d'activité et des périodes de repos qui sont les caractéristiques de la maladie ulcéreuse.

D'une façon générale, l'examen endoscopique est contre-indiqué en présence d'hémorragies abondantes et récentes, et dans les « états de décrépitude avancée qui s'accompagnent d'une fragilité spéciale des tissus » (BAUMEL).

Avant de pratiquer la gastroscopie il est nécessaire d'examiner radiologiquement, d'une façon très minutieuse, le thorax et le médiastin ; il faut, en effet, se rendre compte de l'absence d'anévrisme de l'aorte, et de la perméabilité absolue de l'œsophage au cours d'une absorption barytée.

L'aspect général de l'ulcère est des plus variable, quoiqu'on l'ait volontiers décrit arrondi. MOUTIER l'a observé, le plus souvent, ovulaire, allongé et même en losange. Il est parfois fissuraire mais peut-être est-ce dû à un froncement des tissus. Toutefois, on n'a pas encore signalé l'aspect en gradins décrit par CRUVEILHER. Tout autour, la muqueuse est œdématiée et congestionnée ; l'ulcération est ainsi délimitée par un rebord plus ou moins marqué. En période de calme, l'ulcère est plus petit, l'œdème a disparu, et il présente un fond beaucoup moins congestionné ; il peut paraître parfois complètement cicatrisé.

A un stade plus avancé, l'ulcère a creusé, et il se présente sous la forme d'un cratère. Ses bords sont œdématiés et surélevés par rapport à la muqueuse gastrique et l'orifice de l'ulcère est au fond d'une sorte d'entonnoir. « Il est recouvert parfois d'un enduit fibrineux à tendance diphtéroïde » (BAUMEL). C'est souvent que l'on peut voir converger vers l'ulcère plusieurs plis muqueux formant une image stellaire, comparable à celle qui apparaît radiologiquement par le procédé de la « couche mince ».

Fréquemment, il existe plusieurs ulcères. MOUTIER admet que sur les ulcères jeunes, le fond est habituellement jaune vif, serti d'une « lisière carmin ». Parfois pourtant, il est gris-jaune, gris-bleuâtre, gris-rouge ou franchement rouge. L'ulcère vieux donne une coloration moins rouge. L'œdème est moins intense, et un processus de sclérose peut le remplacer. Si l'ulcère évolue vers la cicatrisation, il se présente sous la forme d'une tache plus blanche que la muqueuse qui l'entoure, et l'image nacréée apparaît lorsque l'ulcus est complètement cicatrisé.

Le diagnostic n'est pas toujours aussi facile, et il existe des

formes où l'interprétation gastroscopique doit être prudente : nous voulons parler des ulcères calleux, tumoraux. Ils se présentent avec l'aspect d'une néoformation de volume variable ; leur surface est irrégulière, si bien qu'ils évoquent l'idée d'un néoplasme. Il semble toutefois, comme le fait remarquer BAUMEL, que les irrégularités de l'ulcère sont moins exubérantes que celles d'un cancer, que l'ulcère saigne peu, alors qu'un néoplasme est plus friable, saignant parfois spontanément ou à la suite d'un simple contact du gastroscopie.

Quoiqu'il en soit c'est souvent que le diagnostic reste en suspens, nous avons vu en effet que seul un examen histologique permettait de répondre, et c'est pourquoi, dans le doute, il ne faut pas hésiter à demander le secours du chirurgien.

Cependant, l'ulcère n'est pas toujours visible, soit qu'il siège sur la région vestibulaire de la petite courbure qui échappe à l'examen lorsque « l'incisura angularis » est très prononcée, soit que des replis muqueux ou inflammatoires importants le masquent complètement. MOUTIER insiste avec SCHINDLER : « qu'en matière d'endoscopie gastrique un examen négatif ne saurait absolument rien prouver ». Par contre, une gastroscopie positive a une valeur de premier ordre.

En résumé, il faut savoir que c'est là une méthode importante d'investigation qui tend, à cause de sa bénignité actuelle, à entrer dans la pratique courante ; mais les images demandent à être interprétées, et l'examen ne peut être pratiqué que par un observateur particulièrement bien entraîné. Enfin, un examen négatif ne saurait éliminer l'hypothèse d'un ulcère.

DEUXIÈME PARTIE

TRAITEMENT DE L'ULCUS DE LA PETITE COURBURE

Lorsqu'on ouvre un traité de médecine, que l'on regarde quels sont les traitements préconisés contre les ulcères gastriques, on est effrayé de leur multiplicité. Tout a été essayé avec plus ou moins de succès, depuis les pansements gastriques par poudre alcaline ou inerte, jusqu'à la vaccinothérapie, en passant par la protéinothérapie, la chimiothérapie, et le traitement endocrinien.

Du côté chirurgical, les uns préconisent la gastro-entérostomie, les autres la gastrectomie partielle avec excision de l'ulcère, ou la gastrectomie totale suivant les cas.

Dernièrement, on a essayé l'infiltration novocaïnique des splanchniques, et la splanchnicectomie avec ablation du premier ou des deux premiers ganglions sympathiques lombaires.

Devant cette complexité thérapeutique, une idée se dégage, a priori, celle de l'efficacité toute relative du traitement. C'est d'ailleurs une question difficile à juger, et ce n'est que par de nombreuses expériences longtemps suivies, appuyées par la disparition d'images radiologiques, avec amélioration clinique persistante, qu'on peut arriver à se faire une opinion.

Nous traiterons d'abord la question du régime chez les ulcéreux, et nous envisagerons ensuite le traitement médical. Notre but n'est pas de décrire tous les traitements qui ont pu être employés, nous limiterons notre étude à ceux qui nous paraissent les plus concluants.

Nous étudierons ensuite le traitement chirurgical, et nous terminerons notre exposé en disant un mot sur les méthodes modernes : l'infiltration des splanchniques et la splanchnicectomie.

I. — Le régime.

« En tête de tout régime, nous dit BAUMEL, il faut mettre : bien mâcher et manger lentement. » Les aliments non mâchés, exercent en effet sur l'estomac une action traumatisante indéniable. Il faut, d'autre part, demander à l'estomac le minimum d'effort ; d'où « l'importance primordiale d'un bon état de la denture » (BAUMEL). On recommandera donc des soins dentaires très rigoureux, extraction des chicots, achat d'un appareil de prothèse si nécessaire, lavages fréquents de la cavité buccale.

Il y a intérêt à bien équilibrer l'horaire des repas au cours de la journée, et à prendre les repas à heures fixes. Certains auteurs proposent de faire des petits repas fractionnés. SIPPY, même, conseille un petit repas toutes les heures. A notre avis, c'est une méthode qui fatigue énormément et nous ne recommandons pas cette sollicitation fréquente de l'estomac. Plus nombreux sont ceux qui font prendre cinq repas par jour. Nous nous contentons de quatre repas, en laissant au moins un intervalle de quatre heures entre chacun d'eux : le petit déjeuner à 8 h., le déjeuner à 12 h., le goûter à 4 h. et le dîner à 8 h. Le goûter de 4 h. peut même être facultatif, au gré du malade.

Quant au régime lui-même, nous ne croyons pas devoir être très sévères, car la plupart des ulcéreux en traitement, s'améliorent avec un régime banal, où l'on supprime uniquement les aliments irritants, ou de digestion difficile. Certes, il peut être

utile d'ordonner des régimes stricts, dans certains cas, notamment après une hématomélie, mais l'on doit revenir assez vite à un régime de sévérité moyenne. LENHARTZ et JAROTSKY proposent des régimes composés soit de lait et d'œufs, soit de beurre et de blancs d'œufs donnés séparément. Ces régimes nous paraissent trop sévères, et les malades d'ailleurs refuseraient de les appliquer rigoureusement. Il ne faut pas s'en tenir à un régime schématique, rappelons encore une fois qu'il n'y a pas une maladie ulcéreuse, mais qu'il y a des malades atteints d'un ulcère, et que par suite il n'y a pas un régime unique et définitif de l'ulcère.

On a beaucoup discuté sur le lait, et longtemps on a considéré le lait comme un aliment de choix pour les ulcéreux. Il est vrai que le lait est un des aliments qui est le plus vite évacué de l'estomac, mais il est souvent mal toléré. D'ailleurs, comme le fait remarquer GAUTHIER, il faudrait donner 5 litres par jour pour fournir au malade les principes ternaires nécessaires à la ration journalière, volume excessif qui donne une quantité énorme d'albumine ; à ce régime, on aurait tôt fait de créer des troubles intestinaux graves.

On pourra donc donner du lait, mais en petite quantité, et en étudiant la susceptibilité du malade. Il sera bon de couper le lait au début avec simplement de l'eau ordinaire. On pourra aller jusqu'à deux litres par jour. Nous conseillons les potages au lait, et ordonnons assez vite une alimentation plus variée.

VITTOT aurait remarqué l'influence de l'alimentation sur un grand nombre d'ulcères. Il pense surtout à une carence d'aliments gras : ceux-ci, en effet, sont des modérateurs de la sécrétion gastrique et constituent un véritable pansement de la muqueuse ; ils contiennent en abondance les vitamines hydro-solubles dont on connaît l'action trophique et cicatrisante. Il est possible, également, que la fréquence plus grande des ulcères, que nous constatons actuellement, soit due à une hyponutrition avec amaigrissement rapide, à une carence en sels minéraux et acides aminés, et au déséquilibre alimentaire.

Quoi qu'il en soit, il est bon d'ordonner un régime équilibré pas trop sévère. Dans la plupart des cas, le régime dyspeptique banal suffit ; nous conseillons les potages au bouillon de légumes

ou au lait, aux purées de légumes secs, les œufs, la viande rôtie ou grillée, les poissons à condition d'enlever la peau, les légumes frais ou bien cuits, les pâtes, les pommes de terre, les fromages frais, la compote, la confiture, les fruits crus bien mûrs, le pain rassis, grillé ou les biscottes ; comme boissons l'eau vineuse, ou simplement l'eau pure, et après chaque repas une infusion chaude. Nous permettons à volonté le beurre frais, non cuit, et l'huile d'olive pure, non cuite. Nous défendons surtout les sauces grasses, le gibier, les épices, la moutarde, le poivre, le vinaigre, les poissons gras comme le maquereau, les viandes grasses comme l'oie, les fromages fermentés, le pain frais, le vin pur et l'alcool sous toutes ses formes.

Le régime doit être « aussi peu salé que possible pour ne pas introduire, dans la cavité gastrique, des chlorures susceptibles de se transformer en acide chlorhydrique » (BAUMEL).

Il est évident que pendant les périodes très douloureuses le régime devra être plus strict. De même, les hémorragies nécessiteront une diététique spéciale.

Dans tous les cas, le régime sera toujours associé au traitement médical.

II. — Traitement médical.

Le traitement médical de l'ulcère de la petite courbure se confond avec le traitement de l'ulcère gastrique en général. C'est en somme le traitement de la maladie ulcéreuse que nous allons développer.

Nous sommes dans l'impossibilité matérielle de citer tous les travaux anciens et récents relatifs à la thérapeutique de l'ulcère. Nous ferons un exposé sommaire de la question en étudiant d'abord les indications visant l'état du malade lui-même, les indications symptomatiques, le traitement étiologique ; nous envisagerons ensuite les médicaments que nous employons dans l'ulcère gastrique.

a) Indications thérapeutiques tirées de l'état du malade.

Naturellement, l'hygiène la plus rigoureuse est imposée dans tous les cas. Comme de tout temps, ce principe vient d'être l'objet d'études judicieuses. On recommande surtout des soins dentaires très rigoureux, nous en avons déjà dit l'importance en parlant du régime, nous n'y reviendrons pas. On prescrit surtout d'éviter la constipation. Le choix d'un laxatif constitue pour beaucoup d'auteurs un problème important. Certains schématisent trop cette question en interdisant aux ulcéreux l'usage des produits irritants ou drastiques et en permettant les laxatifs doux et émollients. Nous préférons l'usage des laxatifs mécaniques, soit huileux, soit mucilagineux, et nous donnons également, assez souvent, la magnésie calcinée lourde. Les anciens prescrivaient le repos complet physique et moral ; il ne faut pas être trop absolu. Il importe de soigner, avant tout, l'état général du malade pour l'aider à obtenir la guérison. Nous ne sommes donc pas de ceux qui ont tendance à négliger les bienfaits des agents physiques : applications chaudes, hydrothérapie, héliothérapie. PROT aurait obtenu de bons résultats par la radiothérapie ; d'après lui, l'irradiation peut favoriser la sclérose, ralentir les sécrétions glandulaires ; elle a de plus un rôle antispasmodique et analgésique.

Mais le traitement général le plus actif paraît être représenté par la médication par le choc. Nombreux sont les produits qui ont été préconisés. Beaucoup d'auteurs utilisent la pepsine qui, étant un colloïde positif, se montrerait très susceptible de remplacer les albumines diverses. MM. LœPER, DEBRAY, MICHAUX et Mlle SAINTON soutiennent que la pepsine agit comme colloïde spécifique, son action se traduisant par des phénomènes généraux vasculaires, coliques, sanguins, nerveux, et que bien plus, elle peut provoquer dans l'organisme un véritable « pouvoir anti ».

PERMIAKOFF emploie des injections intra-vasculaires de lait total bouilli. LAY se sert d'une protéine de lait purifié. Il n'est pas jusqu'au gluten à la caséine, au peptone, à la protéine qui n'aient été employés avec plus ou moins de succès. Nous avons essayé le traitement de choc par le lait ; nous prescrivons le

lait en ampoules stérilisées, de 2 cm³, une injection sous-cutanée à faire tous les deux jours, la série comprenant 16 injections. Mais, soit que le lait employé fut de mauvaise qualité, ce qui n'a rien d'exceptionnel à notre époque, soit que les susceptibilités du malade fussent plus grandes pour ce produit, nous avons observé chez certains des réactions locales, avec abcès, et parfois même des réactions générales, très marquées. Nous avons donc actuellement abandonné cette méthode.

GUTMANN prescrit avec succès la soluprotine en injections intraveineuses. CERF, de Luxembourg, emploie l'auto-hémothérapie, c'est également une thérapeutique de choc qui lui aurait donné certains résultats.

Nous n'aurons pas besoin d'insister sur les multiples produits destinés à remonter l'état général des ulcéreux, nous mentionnerons cependant l'extrait de rate injectable et les extraits glandulaires totaux, qui semblent exercer une influence favorable sur l'état général du malade atteint d'ulcère.

b) Indications symptomatiques.

Nous avons vu que le plus important symptôme, pour ne pas dire l'unique, était la douleur ; il faudra donc lutter contre la douleur et contre le spasme car elle est souvent provoquée par un spasme.

L'antique belladone reste toujours héroïque ; elle est employée depuis longtemps, et tout le monde connaît actuellement son efficacité contre les paroxysmes douloureux. En cas de crises très douloureuses, GUTMANN conseille l'atropine en injection ; elle a une action souvent très rapide, mais on ne peut en continuer l'emploi longtemps.

En matière de douleurs, une place spéciale doit être réservée à l'hormone parathyroïdienne. Après certaines constatations cliniques, application du traitement par l'hormone parathyroïdienne à d'autres affections que l'ulcère, BAUMEL estime que ce produit endocrinien ne calme pas d'autres douleurs que les douleurs ulcéreuses.

Une douleur aggravée par l'hyperchlorhydrie, et c'est ici que

l'étude du chimisme gastrique peut rendre service, restera préjudiciable, selon la majorité des auteurs, de l'alcalinothérapie. La saturation du suc gastrique hyperacide est obtenue par des poudres alcalines de bicarbonate de soude, de magnésie, de craie préparée, de phosphate de chaux ou de magnésie, données à hautes doses. La méthode avait été inaugurée par DEBOVE et SOUPAULT ; elle a été reprise par SIPPY, mais les Américains ont signalé, à la suite des excès d'alcalins, l'apparition de crises de tétanie.

Le plâtrage gastrique d'HAYEM DE LION et de MEUNIER par les poudres inertes est toujours à l'honneur. Quel que soit le mécanisme par lequel ils agissent, action sur le spasme, exsudation muqueuse, enduit protecteur, le fait clinique incontestable est que les pansements ont une action nette sur l'ulcère et les douleurs. On employait jadis le kaolin ; actuellement le bismuth est le plus employé, c'est d'ailleurs le plus actif.

Quant aux intensités inaccoutumées de certains symptômes, qui peuvent revêtir parfois le caractère d'une véritable complication, tout le monde s'accorde à dire qu'ils motivent une thérapeutique appropriée. C'est ainsi que l'on pourra être amené à faire des injections de morphine dans les grandes crises intenses. Dans certains cas, l'alimentation jéjunale peut s'imposer. EINHORN aurait obtenu de bons résultats ; MOUZON l'a employé dans le traitement des ulcères peptiques.

L'hématémèse fut, ces temps derniers, l'objet d'une étude approfondie. Pour le vomissement de sang de quantité moyenne on préconise les hémostatiques usuels, le sérum gélatiné ou non, la rétropituitrine de Choay qui abaisse la tension. Le résultat obtenu par la sérothérapie à titre de coagulant reste satisfaisant, selon la plupart des auteurs. En tout cas, le chlorure de calcium reste encore un médicament tout aussi inoffensif que recommandable. Dans les grandes hémorragies, graves, il faut mettre en œuvre toute la thérapeutique anti-hémorragique : hémostyl par la bouche ou par lavement, ou en injection. On a préconisé l'ergotine, le chlorydrate d'hydrastinine, la pectine qui augmente considérablement pendant 8 à 12 heures la coagulabilité du sang. NEUHOF et HIRSCHFELD, en Amérique, ont montré les

qualités hémostatiques du citrate de soude. « C'est seulement quand il y a excès de citrate par rapport à une masse donnée de sang que l'on observe une suspension de la coagulation » (CHEINISSE).

BOURGET conseille les lavages d'estomac au perchlorure de fer, même en pleine hémorragie.

Il ne faudra pas oublier que l'hémorragie abondante a des conséquences immédiates, entre autre le choc hémorragique qui peut être mortel. On mettra le malade tête basse, on le réchauffera, on pratiquera des inhalations d'oxygène, et on injectera des toni-cardiaques.

La transfusion reste toujours le remède de choix, elle sera faite en petite quantité (100 cm³ en moyenne) répétée plusieurs fois par jour.

c) Traitement étiologique.

En partant des nombreuses théories pathogéniques qui tendent à expliquer la formation d'ulcères gastriques, on a conseillé des moyens thérapeutiques divers. Les uns, considérant l'hyperacidité gastrique comme cause principale de l'ulcère, surchargent le malade d'alcalins ; les autres, partant d'une théorie mécanique, ont introduit les pansements gastriques.

D'après SCALE ARRIS, qui voit dans l'alimentation sevrée de vitamines, la cause d'un grand nombre d'ulcères gastriques, il faut ajouter au régime des ulcéreux, des jus de fruits, voire même d'oranges ou de citrons. CHEVALLIER de Marseille conseille la vitamine A.

Ces temps derniers, l'endocrinologie a fait de réels progrès ; on a constaté, en effet, chez de nombreux ulcéreux, des troubles du fonctionnement glandulaire. Pour notre part, s'il est vrai que l'ulcère peut avoir une origine endocrinopathique, nous pensons que ce peut être aussi bien la parathyroïde comme la surrénale, le lobe postérieur de l'hypophyse comme tout autre glande, qui est atteinte, soit à l'état isolé, soit synergiquement avec tout l'ensemble du système endocrinien. Mais d'un autre côté, nous sommes également convaincus qu'il existe des ulcé-

reux dont le système endocrinien est parfaitement normal.

FINZI et LATZEL, en 1913, ont incriminé les premiers la glande surrénale ; leur expérience montra l'apparition d'un ulcus à la suite d'une ablation chirurgicale de la glande surrénale. STEWART et ROGOFF, en 1929, LÉVY et ARMINGEAT l'année suivante répétèrent la même expérience. Ces expériences sont très intéressantes parce qu'elles établissent une relation de cause à effet entre l'ulcus et l'ablation physiologique ou chirurgicale de la glande surrénale. Mais jusqu'à présent, elles n'ont pas eu de résultat clinique ou thérapeutique.

Au contraire, les extraits pancréatiques ont été préconisés par DIMITRACOFF, élève de VAQUEZ, après avoir constaté l'action eutrophique des extraits pancréatiques désinsulinisés.

Les partisans de l'insulinothérapie sont plus nombreux. L'instigateur de cette méthode fut FEISSLY. Elle fut ensuite reprise par GOYENA et plus récemment, par HOROVITZ et de nombreux auteurs. On aurait noté l'action cicatrisante de l'insuline ; celle-ci d'ailleurs augmenterait la réserve alcaline, tout en excitant la motricité gastrique.

Par contre, ROULT et SIMON ont employé l'extrait hypophysaire ; d'après eux, celui-ci a une action modératrice sur la sécrétion gastrique et, par contre-coup, une influence cicatrisante sur les ulcères gastriques.

On ne manquera pas d'être étonné devant ces divergences d'opinion, en sachant que l'insuline est antagoniste de l'hormone hypophysaire hyperglycémiante. Les auteurs étant d'aussi bonne foi les uns que les autres, il faut attribuer les résultats thérapeutiques contradictoires, à l'état des malades eux-mêmes sachant que chaque ulcéreux fait sa maladie et que l'ulcère a une étiologie aussi complexe que disparate.

D'une façon générale, on peut dire que l'hormone parathyroïdienne a connu plus de succès. Que l'on ait hyperparathyroïdie ou hypoparathyroïdie, dans les deux cas, on observe un trouble profond dans le métabolisme du calcium. Or précisément, de nombreux observateurs ont remarqué que les ulcéreux étaient des hypocalcémiques.

En 1926, ALCAN, le premier, emploie l'hormone parathyroï-

dienne en injection. PALIER, en Amérique, rapporte des résultats remarquables par le traitement parathyroïdien. En France, MOUTIER et CAUMUS s'occupèrent de la question, et avec LÉVY, ils conclurent que le traitement parathyroïdien est une arme efficace et un adjuvant thérapeutique excellent dans le traitement de l'ulcère. Mais selon ces auteurs, elle ne paraît pas capable d'enrayer définitivement l'évolution de la maladie ulcéreuse. Nous obtenons de bons résultats par cette méthode et BAUMEL, qui l'emploie depuis de nombreuses années, ne fait opérer que 10 à 15 % de ses malades.

Grâce à l'hormone parathyroïdienne, on arrive à redresser l'équilibre physico-chimique du milieu intérieur, et ainsi, à modifier les troubles sécrétoires, trophiques et moteurs qui ont provoqué et entretenu l'ulcération.

Il nous reste à dire un mot sur la théorie infectieuse qui fut développée par les auteurs américains, par P. DUVAL, et MOUTIER et qui modifie assez profondément la thérapeutique de l'ulcère.

Elle mettait en valeur l'infection microbienne dans le développement ou, tout au moins, dans la production des rechutes. L'infection commanda la vaccinothérapie. On employa le plus souvent le streptocoque et les auteurs mirent en relief l'utilité de la vaccination, sans pour cela invoquer fatalement la spécificité du microbe. Les résultats n'ont pas été très encourageants. Il semble aujourd'hui que la thérapeutique de l'ulcus, malgré son origine infectieuse universellement reconnue, ait changé d'orientation.

d) Les médications.

En pratique, voici comment nous concevons les médications de l'ulcère.

D'abord, il faut se rappeler que l'ulcère est avant tout une maladie cyclique, qui évolue avec des périodes douloureuses et des périodes de rémission. Bien souvent, les malades ne souffrent plus, se croient guéris, et abandonnent le régime et les médicaments. Ce n'est pas ainsi que l'on peut obtenir une gué-

raison de l'ulcère par le traitement médical. Il est absolument indispensable de poursuivre et le régime et les médications même en période de calme.

Ensuite, pour traiter un ulcus gastrique, il faut agir d'une part contre les spasmes et la douleur, et d'autre part, contre l'ulcération elle-même.

Contre la douleur et les spasmes nous avons les antispasmodiques ; contre l'ulcération, nous avons les pansements et les alcalinisants.

1) *Médication antispasmodique.*

La belladone est le médicament le plus employé. On prescrit : teinture de belladone x à xxx gouttes par jour à prendre dans un peu d'eau ; on peut donner x gouttes trois fois par jour, ou mieux, de x à xv gouttes avant chacun des deux principaux repas.

GUTMANN la fait prendre progressivement ; il commence par vi gouttes et augmente d'une goutte par repas, jusqu'à xv gouttes ; à partir de cette dose, il augmente d'une goutte par jour et s'arrête avant la dose maxima si les douleurs sont calmées par une dose inférieure.

Nous prescrivons volontiers :

Teinture de belladone	} ââ vingt grammes
Teinture de boldo	

x gouttes avant chacun des deux principaux repas, pendant 10 jours, se reposer 10 jours et recommencer.

Il est bon de ne pas donner la belladone pendant plus de 10 jours consécutifs et chez les vieillards, il faudra être particulièrement prudent. L'intoxication belladonnée se caractérise par des troubles de l'accommodation, de la sécheresse de la muqueuse buccale et de la gorge qui va jusqu'à la striction, de la diarrhée et parfois, mais plus rarement, des vertiges. Il faudra donc savoir arrêter à temps la progression ou diminuer les doses suivant les cas.

Dans les crises très douloureuses il sera utile parfois de faire des injections d'atropine.

On prescrit : Sulfate neutre d'atropine : un demi-milligramme pour une ampoule n^o 10.

Une injection sous-cutanée, par jour, pendant 10 jours si nécessaire. La génatropine, nouvel alcaloïde, est moins toxique que l'atropine ; on l'utilise à la dose de trois à six milligrammes en injections sous-cutanées.

2) Pansements gastriques.

Le bismuth est très employé. On se sert surtout du sous-nitrate et du carbonate prescrits à la dose de 10 à 20 g. par jour. Nous formulons souvent :

Carbonate de bismuth	} à 50 grammes
Bicarbonate de soude	
Carbonate de chaux léger ...	

une cuillerée à café dans un peu d'eau, avant les deux principaux repas, pendant 10 jours. Se reposer 10 jours et recommencer.

Les poudres inertes telles que le talc, le kaolin, ne valent pas le bismuth et ne peuvent pas lui être substituées.

L'action du bismuth et son adhérence à la muqueuse gastrique peut être augmentée par son mélange avec de la gélatine finement granulée, qui se trouve réalisé dans quelques spécialités pharmaceutiques. C'est ainsi que RAMOND prescrit :

Gélose pulvérisée	0 g. 10
Gélatine pure finement pulvérisée	0 g. 40
Carbonate de bismuth	1 g.
pour un paquet.	

On verse un paquet dans une tasse d'eau bouillante aromatisée à l'anis ; on laisse bouillir en agitant et après avoir filtré et sucré on fait boire chaud aux heures fixées.

Pour que le bismuth entre en contact avec l'ulcus, notamment lorsqu'il est situé sur la petite courbure et à plus forte raison s'il siège vers le cardia, il est nécessaire, après la prise de bismuth, que le malade se couche sur le dos, sur le côté droit, en position légèrement déclive la tête en bas.

3) *Traitement anti-acide.*

Le bicarbonate de soude est l'alcalin le plus anciennement employé. Nous l'utilisons associé au bismuth, dans une formule que nous avons indiquée plus haut.

Le carbonate de chaux, ou craie préparée, possède des propriétés saturantes des acides supérieures au bicarbonate de soude. Il est également associé au bismuth, avec le bicarbonate de soude, dans la formule que nous prescrivons couramment.

On peut donner également :

Craie préparée	10 g.
Magnésie calcinée légère	15 g.
Bicarbonate de soude	25 g.
Sucre vanillé	30 g.

Une cuillerée à café dans un verre d'eau après les repas.

4) *Traitement parathyroïdien.*

Tous les ulcères gastriques qui peuvent être traités médicalement, paraissent justifiables du traitement parathyroïdien, quel que soit leur siège. Parmi ceux-ci cependant, les ulcères de la petite courbure ont paru le plus remarquablement influencés.

Nous prescrivons à nos malades l'extrait parathyroïdien en injections sous-cutanées ou intramusculaires. Une ampoule renfermant 2 centigrammes d'extrait tous les deux jours. Nous faisons plusieurs séries d'injections, chaque série comprenant 12 piqûres ; nous laissons, en moyenne, entre chaque série, un repos de 1 mois. Cependant, si les signes pathologiques ne sont pas suffisamment amoindris ou s'ils ont tendance à reparaître, nous recommençons plus précocement la série suivante. Le traitement varie, il comporte suivant les cas, 5, 6, 8 ou 10 séries d'injections.

5) *Médication désensibilisante.*

Actuellement, devant l'impossibilité de se procurer de la paratyrene ou des extraits parathyroïdiens, nous avons essayé le traitement de choc par des injections de lait stérilisé. Nous

l'avons abandonné, comme nous l'avons dit, à cause des réactions parfois très marquées qu'il provoquait chez certains malades.

Nous utilisons les injections intraveineuses d'hyposulfite de soude en solution à 25 %.

« Stériliser à une température inférieure à 105° pour ne pas décomposer l'hyposulfite. Faire une injection quotidienne à doses croissantes en partant de 1 cm³, arriver à 10 cm³ par jour. Revenir ensuite à 1 cm³ de la même façon par doses décroissantes. » (BAUMEL.)

Par voie buccale, l'hyposulfite de soude est souvent mal toléré par l'estomac.

6) *Salicylate de soude.*

Les extraits parathyroïdiens devenant introuvables, chez les malades ne supportant pas les injections de lait stérilisé, nous faisons des injections intraveineuses de salicylate de soude.

Salicylate de soude	1 gr.
Eau distillée	20 cm ³
pour une ampoule stérilisée.	

Nous insistons à dessein sur la dilution du salicylate de soude au 1/20 pour éviter la sclérose veineuse.

Les injections sont strictement intraveineuses ; nous faisons une injection tous les deux jours, la série étant de 8 ou 10 injections.

Le salicylate de soude a une action antiseptique et favoriserait la cicatrisation de l'ulcus.

On note chez la plupart de nos malades traités une atténuation de la douleur ; mais nous n'obtenons pas toujours des résultats satisfaisants. Ce traitement d'ailleurs, comme nous le faisons remarquer, n'est qu'une thérapeutique de remplacement. Nous l'appliquons, à défaut de la paratyrene.

III. — Traitement chirurgical.

Un grand nombre d'ulcères guérissent sans opération ; il ne faut donc pas considérer l'intervention comme le traitement fatal de tout ulcère. C'est ainsi que certains médecins, par crainte de dégénérescence, d'hémorragies ou de perforation font systématiquement opérer leurs malades.

Il ne faut pas non plus exagérer en sens contraire, et considérer le traitement médical comme traitement exclusif de l'ulcère. Certains pensent en effet que l'ulcère, étant une manifestation d'un trouble d'ordre général, n'est pas justiciable d'une intervention chirurgicale ; celle-ci ne pouvant être que palliative.

a) Indications chirurgicales.

En réalité, s'il est vrai que l'ulcère soit avant tout une maladie et doive être traitée médicalement, il peut se poser, au cours de son évolution, des indications qui doivent faire envisager le traitement chirurgical.

1) *La première de ces indications* sont les complications immédiates comme des hémorragies répétées ou une perforation de l'ulcère. La perforation est une indication formelle et doit être traitée d'emblée chirurgicalement. Pour ce qui est des hémorragies, si ce sont de petites hémorragies on pourra essayer d'abord le traitement médical ; mais l'hémorragie se renouvelant est un signe d'activité de la lésion et comporte par elle-même une indication en faveur de l'opération radicale : la gastrectomie, intervention que l'on peut faire ici, à son heure, après avoir pris son temps pour remonter le malade. Si ce sont de grandes hémorragies il faudra également essayer de temporiser. En effet, l'hémorragie par ulcérations artérielles reste un fait rare dans ces hémorragies d'origine ulcéreuse (16 p. 100 des cas, PAPIN) et on ne saurait nier les effets remarquables obtenus par le traitement médical dans les cas les plus désespérés.

La décision chirurgicale doit être prise suivant le cas en se basant, soit sur l'ancienneté du passé ulcéreux faisant craindre l'existence d'un ulcus angio-térébrant, soit sur l'échec de la transfusion, car il y a lieu alors de redouter une hémorragie par altération d'une artère importante.

2) *La deuxième indication chirurgicale* est la sténose le plus souvent médiogastrique dans l'ulcère de la petite courbure.

3) *La troisième indication* est la transformation maligne de l'ulcère ; niches irrégulières à la radiographie, aggravation des images radiologiques malgré le traitement médical, ulcères développés après la quarantaine, et dont la première poussée douloureuse se prolonge, malade chez qui l'appétit diminue, ou qui maigrit malgré une alimentation suffisante.

4) *La quatrième indication* est l'échec du traitement médical ; le plus souvent, ce sont les douleurs que le traitement ne parvient pas à calmer. Cependant, pour pouvoir juger l'effet d'un traitement médical, il faut le prolonger suffisamment. Les rémissions parfois fort longues ne permettent pas de se faire une opinion exacte sur l'efficacité du traitement. Il ne faut donc pas être trop absolu et on peut dire avec G. ROUX, que « tout malade qui, après un an de traitement scrupuleusement observé présente un ou plusieurs signes de la maladie ulcéreuse, doit être traité chirurgicalement ».

5) *Et enfin, la cinquième indication* est tirée des conditions extra-médicales. Le traitement médical est long et rigoureux et certaines conditions sociales ne permettent pas des soins médicaux continuellement répétés. Le malade se trouve parfois dans l'impossibilité de suivre un régime ; parfois sa profession l'oblige à de fréquents déplacements ; parfois il vit dans une région isolée, à la merci d'une complication toujours possible. Il est préférable dans ces cas de proposer le traitement chirurgical.

b) Choix de l'anesthésie.

La plupart des auteurs abandonnent l'anesthésie générale et lui préfèrent l'anesthésie locale ou régionale ; ceci, à cause de l'amointrissement de la résistance organique chez des malades souffrant depuis longtemps, ou affaiblis par une complication récente.

L'anesthésie régionale de la paroi, trouve son indication ; on la combine parfois à l'anesthésie des splanchniques. La rachianesthésie également est utilisée assez souvent.

Il peut être indiqué de remonter l'état général de certains malades avant d'intervenir ; on fera alors des petites transfusions, et des injections de sérum physiologique.

c) Choix de l'opération.

1) *La gastro-entérostomie.*

On utilise de préférence la gastro-entérostomie postérieure, transmésocolique de VON HACKEN. Elle a été d'abord réservée aux cas d'ulcus compliqués de sténose du pylore ; mais depuis les travaux de H. HARTMANN, on l'applique à tous les ulcus, sténosants au non. D'une part elle semble agir mécaniquement, en favorisant le drainage de l'estomac et en mettant l'ulcère au repos. D'autre part, elle permettrait la neutralisation de l'acide chlorhydrique par le liquide duodénal qui est alcalin.

La mortalité opératoire est très faible, 2 à 5 p. 100 suivant les statistiques ; mais les résultats éloignés, pour les ulcères de la petite courbure, ne sont guère satisfaisants, malgré quelques opinions contradictoires ; on aurait 50 p. 100 de succès d'après la majorité des chirurgiens. L'insuccès est dû le plus souvent soit à des adhérences au niveau de la bouche, soit à une récurrence de l'ulcère qui évolue après un intervalle d'amélioration, soit à l'apparition d'un ulcus peptique.

2) *Exérèse localisée.*

Soit par la méthode de BALFOUR, qui consiste à enlever l'ulcère par thermo-cautérisation suivie d'enfouissement ; soit

en pratiquant une excision circulaire de la lésion au bistouri, et en suturant ensuite la brèche. Ces deux méthodes sont applicables pour un ulcus de petites dimensions. Mais si l'ulcus déborde plus ou moins sur les faces, on peut être amené à pratiquer soit une résection en selle, soit une gastrectomie annulaire suivie de suture bout à bout des tranches gastriques.

En règle générale, on associe ces exérèses plus larges à une gastro-entérostomie.

La mortalité opératoire est également faible ; mais la résection isolée de l'ulcère, ou la méthode de Balfour, exposent trop souvent à des récidives. Les résections en selle, ou annulaires, ont donné des résultats favorables, mais leur technique d'exécution est délicate, et elles doivent céder le pas à la gastrectomie qui donne des résultats nettement supérieurs.

3) *La gastrectomie.*

« Elle supprime non seulement la lésion, mais aussi la plupart des glandes pyloriques et de ce fait l'hyperchlorhydrie. » (G. ROUX.) FINSTERER a été le promoteur d'une gastrectomie assez étendue. Elle varie suivant le siège de la lésion, mais d'après FINSTERER, on doit supprimer au moins les deux-tiers de l'estomac pour que l'opération soit vraiment efficace. On fait une résection en gouttière dans les cas d'ulcus haut placés sur la petite courbure ; on enlève le pylore, l'antrum et la partie de la petite courbure où se trouve l'ulcère, en cas d'ulcus plus bas situés.

Après l'ablation de l'estomac, la continuité du tube digestif peut être rétablie :

a) *par le procédé de Billroth* qui consiste à fermer la tranche gastrique et la tranche duodénale, et à terminer par une gastro-jéjunostomie ;

b) *par le procédé de Reichel-Polya-Finsterer*, qui consiste à fermer la tranche duodénale et à anastomoser au jéjunum la tranche gastrique, soit dans sa totalité, soit seulement par sa partie inférieure ;

c) *par le procédé de Péan*, en anastomosant l'estomac au duo-

dénun par suture termino-terminale, ou par implantation de la tranche gastrique sur la deuxième portion du duodénum.

C'est d'ailleurs le procédé le moins pratiqué.

La mortalité de la gastrectomie tend à diminuer actuellement, elle serait de l'ordre de 5 p. 100 d'après FINSTERER, et d'après ABADIE en France. Elle permet d'obtenir des résultats remarquables, et elle donne d'une manière générale de 90 à 95 p. 100 de guérisons. Les récidives de l'ulcus, l'ulcus peptique opératoire, ne sont certes pas supprimées, mais elles deviennent une éventualité rare. La gastrectomie s'impose impérieusement pour les ulcus de la petite courbure et surtout pour les ulcus térébrants ou calleux. Mais, comme le fait remarquer G. ROUX, c'est une intervention longue, et minutieuse, qui exige de la part du chirurgien une discipline rigoureuse.

d) **Traitement post-opératoire.**

Un traitement médical est nécessaire, soit injections de sérum physiologique, soit toni-cardiaques. L'opéré devra être réchauffé, et isolé, dans le calme. Une diète s'impose pendant les premiers jours. On donnera par la suite de l'eau sucrée puis du lait coupé d'eau au début et peu à peu on pourra donner un régime de purée, potages de légumes ou au lait, potages aux farines de céréales, poudres de viande. Puis pendant au moins trois mois, le régime de l'opéré sera le même que celui que nous avons étudié au début. Régime dyspeptique banal dans lequel on aura supprimé tous les mets irritants. Certains auteurs prescrivent ce régime pendant un an.

On peut également, après l'opération, préconiser un traitement parathyroïdien, faire ainsi deux ou trois séries ; ceci permettrait d'obtenir des guérisons définitives.

Il est bon de prévenir le malade avant l'opération pour lui éviter toute surprise par la suite.

IV. — Infiltration des splanchniques. Splanchnicectomie.

C'est une thérapeutique essentiellement moderne qui d'après ses auteurs aurait donné d'excellents résultats.

REILLY détermina un ulcère gastrique en déposant au contact des nerfs splanchniques des produits toxiques. Cette expérience servit de point de départ à la thérapeutique de l'ulcère gastrique soit par l'infiltration des splanchniques d'abord, soit par la splanchnicectomie ensuite.

CRILE, WERTHEIMER et LATARJET firent des essais de traitement par l'anesthésie des splanchniques. Plusieurs infiltrations furent faites et permirent l'atténuation des signes radiologiques.

En 1942 FRÆHLICH F., STEPHAN et FRÆHLICH Ch. sectionnèrent les splanchniques, d'un côté ou des deux, et en même temps, firent l'ablation du premier ou des deux premiers ganglions lombaires. Ils rapportent quatre observations d'ulcère de la petite courbure ; les résultats sont surprenants, de par la rapidité de l'effacement des niches et de la suppression de toute symptomatologie. Ils sont persuadés que le traitement de l'ulcère ne consistera pas toujours à amputer les deux tiers de l'estomac.

Il est possible que, par cette méthode, l'on obtienne une amélioration et même une guérison de l'ulcère gastrique ; mais est-ce une guérison définitive ? Les auteurs d'ailleurs concluent eux-mêmes que les résultats ont besoin de la confirmation du temps, seul juge dans une affection aussi capricieuse et aussi tenace que l'ulcère gastrique.

OBSERVATIONS

dues à l'obligeance de M. le professeur Baümel.

OBSERVATION N° 1

Verg. Louis, 50 ans, vient consulter en février 1941 parce que, depuis plusieurs années, il se plaint de crises douloureuses au niveau du creux épigastrique, sans rythme régulier, très violentes, se produisant vers 2 heures du matin ; la violence de ces crises est telle que la plupart du temps elles nécessitent des piqûres de morphine.

Autrefois, le malade a ressenti des brûlures gastriques, sans rythme régulier et sans alternance de paroxysme et de calme, mais actuellement ces brûlures sont fortement atténuées.

Appétit bon, pas de ballonnement, pas de dégoût, pas de brûlure, pas de crampe, pas de vomissement sauf en crise ; ces vomissements sont des vomissements bilieux et ne contiennent pas d'aliments. Pas de nausées, pas de renvois, pas de douleurs de ventre. Deux selles pas jour, ni glaire, ni sang, quelquefois débâcle diarrhéique coïncidant avec les crises. Selles colorées, pas de douleur à la défécation, pas de faux besoins, cependant les selles ont été décolorées autrefois et les urines ont été pendant cette période acajou. Maux de tête, ne tousse pas, ne crache pas, pas de point de côté, pas de palpitation, pas d'essoufflement, dort bien sauf lorsque se produisent des crises douloureuses.

Dans les antécédents on note du paludisme, un séjour à Salonique, sans épisode dysentérique net.

5 enfants en bonne santé ; femme : pas de fausse couche.

A l'examen : le malade aurait maigri notablement puisque de 100 kgs son poids est tombé à 81.

La langue est sale, plexus solaire légèrement sensible, hypochondres droit et gauche normaux, rien dans les fosses iliaques droite ou gauche. Les différents appareils pulmonaire, rénal, cardio-vasculaire, nerveux, sont normaux. Tension A. 14-8.

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE (février 1941). — Examen du tube digestif : *Cholécystographie* : après une injection intraveineuse de Tétraiodophénolphtaléine la vésicule n'est pas visible. Le foie n'est pas augmenté de volume, il est opaque d'une façon homogène. Par contre au niveau de la région vésiculaire on voit des ombres hétérogènes, donc des calculs. Un nouvel examen pratiqué plusieurs heures après montre que la situation est restée la même. On retrouve encore les ombres hétérogènes signalées.

Estomac : Derrière l'écran, la traversée œsophagienne se fait bien, la bouillie barytée tombe dans le bas-fond gastrique qui après absorption de 250 cm³ se situe au-dessus du niveau des crêtes iliaques. La poche à air est normale. Les contractions péristaltiques ne tardent pas à se produire, elles sont suffisantes comme nombre et comme intensité. Le passage pylorique s'effectue bien. Sur l'aire de projection gastrique on ne voit ni encoche, ni image lacunaire. Les différents segments de l'estomac sont bien mobilisables, ils ne sont pas particulièrement sensibles à la pression profonde.

6 heures après l'absorption de ce repas, la cavité gastrique est complètement évacuée.

Duodénum : Le bulbe duodéal se trouve en situation rétro-pylorique. Les bouchées opaques lorsqu'elles passent à travers le pylore franchissent bien le bulbe duodéal et l'angle supérieur du duodénum. Elles arrivent dans la 2^e portion duodénale où elles subissent un transit normal. Ces segments sont relativement mobiles, mais ils ne sont pas douloureux à la pression profonde. On ne voit pas à leur niveau se produire de brassages antipéristaltiques.

Une étude attentive des plis de la muqueuse gastro-duodénale montre que ces derniers sont tout à fait normaux. Il n'y a pas d'altération pathologique à leur niveau.

Intestin : 1) **Lavement baryté**. La tête de colonne opaque pénètre bien dans le rectum qui se remplit normalement. De là elle passe ensuite dans l'anse sigmoïde, dans le colon descendant, et dans le colon transverse. Elle arrive ensuite jusqu'au niveau du cæcum mais

n'en remplit que la partie supérieure. Sur tout le cadre colique on ne voit pas la moindre image lacunaire. On assiste par contre à la production de spasmes assez marqués qui siègent sur le colon gauche. Dans ces conditions le cæcum ne se remplissant pas complètement on décide de prendre des repas opaques pour le voir.

2) Repas opaques : Ceux-ci ayant été absorbés 20, 14 et 8 heures auparavant, la tête de colonne opaque est arrivée jusqu'au niveau de l'angle splénique. Le cæcum est bien plein, légèrement sensible à la pression profonde au niveau de la région appendiculaire sans cependant que l'on puisse parler d'appendicite. Par contre le bas-fond est tout à fait normal, on le voit très bien. L'angle hépatique est en bonne place.

DIAGNOSTIC : Lithiase vésiculaire très nette, chez un malade présentant un certain degré de colite spasmodique vraisemblablement d'origine amibienne et ayant une petite réaction appendiculaire.

Le malade est revu en juillet 1941, il n'a présenté aucune amélioration. On décide dans ces conditions de refaire un examen radiographique.

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE (juillet 1941) : *Cholécystographie :* Après injection intraveineuse de tétraiodophénolphtaléine, la vésicule ne se voit pas. Le foie n'est pas augmenté de volume, la rate est un peu volumineuse.

Estomac : Derrière l'écran la traversée œsophagienne se fait bien. Sur l'aire de projection gastrique on voit, au niveau de la grande courbure, dans sa portion verticale, une encoche persistante excessivement importante qui fait face à une niche ulcéreuse située sur la petite courbure. Cette niche ulcéreuse se voit bien, surtout en position couchée. A ce moment on se rend compte qu'il y a une niche extériorisée et que cette portion est tenue par des adhérences qui attirent, vers la partie supérieure de l'abdomen, l'estomac, faisant ainsi faire une courbe à concavité interne à la grande courbure. Six heures après l'absorption de ce repas la cavité gastrique est complètement évacuée.

DIAGNOSTIC : Ulcus de la petite courbure chez un malade ayant une vésicule invisible avec périveriscérite notable et grosse rate. (Paludisme ancien.)

Devant le résultat de cet examen on institue un traitement anti-ulcéreux par des injections de partyrone. Une amélioration impor-

tante est constatée. On refait un nouvel examen de contrôle en octobre 1941.

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE (octobre 1941). — *Estomac* : Sur l'aire de projection gastrique on voit au niveau de la petite courbure une niche ulcéreuse. Les différents segments de l'estomac sont bien mobilisables, ils ne sont pas particulièrement sensibles à la pression profonde. Six heures après l'absorption de ce repas, la cavité gastrique est complètement évacuée.

Duodénum : Le bulbe duodénal se remplit bien, il ne présente pas de déformation apparente, les bouchées opaques y circulent avec facilité, elles passent normalement à travers l'angle supérieur du duodénum pour arriver dans la 2^e portion duodénale où elles subissent un transit normal. Ces segments sont peu mobiles, douloureux à la pression profonde. On ne voit pas à leur niveau se produire de brassages antipéristaltiques.

DIAGNOSTIC : Ulcus de la petite courbure.

On continue le traitement par paratyroné. Les crises cessent tout à fait.

M. Verg... part en 1942 au Maroc. Il donne de ses nouvelles jusqu'au moment du débarquement anglo-américain. Son amélioration persistait, les crises ne s'étaient pas reproduites. Le traitement par la paratyroné avait été continué.

OBSERVATION N° 2

Arcel... Joseph, 52 ans, vient consulter le 15 novembre 1944 pour troubles gastriques datant de 1918 et se traduisant par des douleurs violentes évoluant par périodes de trois semaines et se produisant chaque jour pendant ce laps de temps, trois heures après chaque prise alimentaire. Ces crises sont séparées par des périodes de calme complet. La crise actuelle est beaucoup plus longue que les précédentes et dure depuis environ un an.

Appétit bon, pas de ballonnement, pas de brûlure, pas de vomissement, pas de nausées, pas de renvois, pas de douleur de ventre. Une selle normale, tous les jours, ni glaire, ni peaux, pas de sang dans les selles, pas de vers dans les selles, pas de douleur à la défécation ; pas de Bright. Urine bien. Ne crache pas, pas de palpitation ; dyspnée d'effort.

Antécédents : crise cardiaque en 1942 ; rhumatisme.

Une fille en bonne santé. Femme, une ou deux fausses couches.

Le malade aurait maigri. Poids de 85 kgs est tombé à 56. T.A. 14-7.

Examen clinique : Langue normale, denture moyenne, rien dans les hypochondres ; plexus solaire légèrement douloureux, rien dans les fosses iliaques droite ou gauche. Foie normal, rate non perceptible ; pas de Murphy.

Autres appareils en excellent état.

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE (novembre 1944). — *Estomac* : La poche à air est normale. Les contractions péristaltiques ne tardent pas à se produire, elles sont suffisantes comme nombre et comme intensité. Le passage pylorique s'effectue bien. Sur l'aire de projection gastrique, on voit, au niveau de la petite courbure, dans l'angle formé par la portion verticale et la portion transverse, une niche. Les différents segments de l'estomac sont bien mobilisables, ils ne sont pas particulièrement sensibles à la pression profonde.

La niche précédemment décrite se revoit surtout en position couchée ; elle est assez importante.

Duodénum : Le bulbe duodénal se remplit bien. Il ne présente pas de déformation nette. Les bouchées opaques y circulent avec facilité, elles passent normalement à travers l'angle supérieur du duodénum pour arriver dans la 2^e portion duodénale où elles subissent un transit normal. Ces segments sont bien mobiles, ils ne sont pas douloureux à la pression profonde. On ne voit pas à leur niveau se produire de brassages antipéristaltiques.

Le foie est normal, la rate aussi.

Intestin : Les repas barytés ayant été pris 20, 14 et 8 heures auparavant, la tête de colonne opaque est arrivée jusqu'au niveau du rectum. Le cæcum est normal, bien mobile, pas douloureux à la pression profonde. L'angle hépatique affleure à peine la crête iliaque droite. Le colon transverse est assez fortement spasmodé. L'angle splénique est sous la voûte diaphragmatique gauche. Le colon descendant est spasmodé ainsi d'ailleurs que l'anse sigmoïde. Le rectum est normal.

En aucun point du cadre colique on ne voit d'image lacunaire.

DIAGNOSTIC : Ulcus de la petite courbure.

Un traitement par injections de paratyron est institué.

Le malade est revu en décembre 1944, présentant une amélioration considérable. On lui fait à ce moment-là une nouvelle radiographie.

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE (décembre 1944) : Sur l'aire de projection gastrique, au niveau de la petite courbure, l'ulcus volumineux qui avait été vu précédemment a fortement diminué au point qu'il est difficilement repérable.

Duodénum : Rien à signaler.

DIAGNOSTIC : Ulcus en voie d'amélioration nette.

Le traitement par paratyrone est continué, le malade fait plusieurs séries de 12 piqûres et est revu systématiquement en janvier et en mars 1945.

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE (janvier 1945) : Un nouvel examen radiographique de l'estomac pratiqué montre que la niche de la petite courbure a complètement disparu. Il y a donc une amélioration notable clinique et radiographique.

DIAGNOSTIC : Ulcus de la petite courbure en amélioration très notable.

Il présente en mars 1945 une petite poussée qui cède rapidement.

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE (mars 1945) : Sur l'aire de projection gastrique on voit au niveau de la petite courbure une niche qui n'a pas augmenté de volume mais qui est tout de même très nette et qui n'a pas diminué. Les différents segments de l'estomac sont bien mobilisables, ils ne sont pas particulièrement sensibles à la pression profonde. Six heures après absorption de ce repas, la cavité gastrique est complètement évacuée.

Duodénum : Le bulbe duodénal se remplit bien, il ne présente pas de déformation importante. Les bouchées opaques y circulent avec facilité, elles passent normalement à travers l'angle supérieur du duodénum pour arriver dans la 2^e portion duodénale où elles subissent un transit normal. Ces segments sont bien mobiles, ils ne sont pas douloureux à la pression profonde. On ne voit pas à leur niveau se produire de brassages antipéristaltiques. Le foie n'est pas augmenté de volume ; la rate non plus.

DIAGNOSTIC : Ulcus de la petite courbure ayant une bonne amélioration radiologique et clinique mais étant actuellement en petite poussée.

OBSERVATION N° 3

Mme Err..., de Loupian, 62 ans, vient consulter le 20 février 1945 pour douleurs gastriques, vomissements, melæna.

Appétit bon, mais aussitôt après alimentation sensation de ballonnements dans l'hypochondre gauche, pas de brûlures, pas de crampes, quelques vomissements glaireux ne contenant pas d'aliments et non sanglants.

Douleurs de ventre à gauche, avec constipation marquée ; selles dures, enrobées de glaires. Aurait eu il y a dix jours des selles marc-de-café.

Amaigrissement important. Urine bien, ne tousse pas, ne crache pas. Légère dyspnée d'effort. Dort bien. Bonne santé.

4 enfants en bonne santé ; un avortement à un mois et demi ; un enfant mort-né.

A eu des douleurs d'estomac relativement importantes à plusieurs reprises par périodes allant de huit jours à un mois et caractérisées toujours par des sensations de ballonnement plus ou moins important se produisant au cours des prises alimentaires. Etat général défectueux.

Poids : 35 kgs. — T.A. : 12-8.

Examen clinique : Langue normale ; denture défectueuse, pas de sensation objective au niveau de l'hypochondre gauche, hypochondre droit normal, fosses iliaques droite et gauche normales. Rien au niveau des autres appareils.

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE (février 1945). — *Estomac* : Sur l'aire de projection gastrique on voit une niche au niveau de la partie inférieure de la première moitié de la portion transversale de l'estomac ; cette niche est caractéristique d'un ulcus. Il existe d'ailleurs en position couchée une encoche qui correspond à cet ulcère. Les différents segments de l'estomac sont bien mobilisables, ils ne sont pas particulièrement sensibles à la pression profonde. Six heures après absorption de ce repas, la cavité gastrique est complètement évacuée.

Duodénium : Le bulbe duodénal se remplit bien, il ne présente pas de déformation importante. Les bouchées opaques y circulent avec facilité, elles passent normalement à travers l'angle supérieur du duodénium pour arriver dans la 2^e portion duodénale où elles subissent un transit normal. Ces segments sont bien mobiles, ils ne sont pas

douloureux à la pression profonde. On ne voit pas à leur niveau se produire de brassages antipéristaltiques.

Intestin : Six heures après absorption de ce repas, la tête de colonne opaque est arrivée jusqu'au niveau de l'angle hépatique du cæcum. Le cæcum est normal, bien rempli, bien mobile, pas douloureux à la pression profonde. Il existe un certain degré de stase iléale. On voit bien l'abouchement iléo-cæcal. La région appendiculaire n'est pas sensible.

Le foie est nettement augmenté de volume ; il déborde largement le rebord des dernières côtes.

DIAGNOSTIC : Ulcus de la petite courbure de l'estomac.

Un traitement par injections intraveineuses de salicylate de soude est institué.

Mme Err..., revue un mois après, on constate une amélioration clinique et radiologique nette.

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE (mars 1945) : Montre que l'ulcus qui avait été vu primitivement est beaucoup moins marqué que lors de la première radiographie. L'amélioration est donc à la fois radiologique et clinique.

OBSERVATION N° 4

M. Caul... François, 42 ans, vient consulter le 1^{er} décembre 1944 pour troubles digestifs caractérisés par des douleurs dans l'hypochondre gauche datant de 10 ans, se produisant par période de un à deux mois exacerbées par les prises alimentaires ; ces périodes alternent avec des périodes de calme de trois ou quatre mois. Le tout remonte à une douzaine d'années. Appétit variable, pas de ballonnements, quelques crampes, pas de vomissements, quelques renvois.

Douleurs de ventre à gauche, constipation, quelques glaires, pas de sang, quelques oxyures, n'a pas maigri.

Pas de bourdonnements d'oreille, quelques céphalées, quelques fourmillements dans les membres inférieurs.

Urine bien, ne tousse pas, ne crache pas, pas de point de côté, pas de palpitation, dyspnée d'effort, dort plus ou moins bien. Bonne santé habituelle.

Grippe espagnole. Pleurite droite.

2 enfants bonne santé ; femme, pas de fausse couche.

A l'examen : Poids : 56 kg. 6. — T.A. 14-8.

Ni albumine, ni sucre. Langue normale, denture moyenne, plexus solaire sensible, légère douleur dans l'hypochondre gauche, hypochondre droit normal, rien dans les fosses iliaques droite ou gauche, pas de Mac Burney, foie normal, pas de Murphy, rate non percutable.

Rien à signaler du côté des autres appareils.

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE (décembre 1944). — *Estomac* : Derrière l'écran la traversée œsophagienne se fait bien, la bouillie barytée tombe dans le bas-fond gastrique qui, après absorption de 250 cm³ se situe au-dessus du niveau des crêtes iliaques. La poche à air est normale. Les contractions péristaltiques ne tardent pas à se produire, elles sont suffisantes comme nombre et comme intensité. Le passage pylorique s'effectue bien. Sur l'aire de projection gastrique on voit au niveau de la petite courbure une petite niche extériorisée qui est un ulcus, mais cette niche, si on la compare aux radiographies précédentes, est beaucoup plus petite qu. les images pathologiques constatées jusqu'à présent. Il y a donc localement et radiologiquement une amélioration notable. Les différents segments de l'estomac sont bien mobilisables, ils ne sont pas particulièrement sensibles à la pression profonde. Six heures après absorption de ce repas, la cavité gastrique est complètement évacuée.

Duodénum : Le bulbe duodéal se remplit bien, il ne présente pas de déformation importante. Les bouchées opaques y circulent avec facilité ; elles passent normalement à travers l'angle supérieur du duodénum pour arriver dans la 2^e portion duodénale où elles subissent un transit normal. Ces segments sont bien mobiles, ils ne sont pas douloureux à la pression profonde. On ne voit pas à leur niveau se produire de brassages antipéristaltiques. Le foie, la rate ne sont pas augmentés de volume.

Diagnostic : Ulcus de la petite courbure en voie d'amélioration chez un malade présentant une constipation importante et une colite spasmodique gauche.

Un nouvel examen pratiqué en mars 1945 montre que la situation s'est améliorée. Il n'y a plus de crise douloureuse. L'appétit est bon.

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE (mars 1945) : Sur l'aire de projection gastrique on voit une niche au niveau de la petite courbure, au milieu de la portion verticale à peu près. Cette niche représente l'ulcère qui avait été déjà diagnostiqué, mais elle a beaucoup diminué de volume. Les différents segments de l'estomac sont bien mobili-

sables, ils ne sont pas particulièrement sensibles à la pression profonde. Six heures après absorption de ce repas, la cavité gastrique est complètement évacuée.

Duodénum : Le bulbe duodénal se remplit bien. Il ne présente pas de déformation importante. Les bouchées opaques y circulent avec facilité, elles passent normalement à travers l'angle supérieur du duodénum pour arriver dans la 2^e portion duodénale où elles subissent un transit normal. Ces segments sont bien mobiles, ils ne sont pas douloureux à la pression profonde. On ne voit pas à leur niveau se produire de brassages antipéristaltiques.

DIAGNOSTIC : Ulcus de la petite courbure en voie d'amélioration radiologique.

Malade revu fin avril 1945. Pas de nouvelle crise. Etat général bon. Le traitement prescrit a été injections de lait et poudrage gastrique.

OBSERVATION N° 5

M. Aub..., 52 ans, vient consulter pour des douleurs d'estomac datant de deux ans, se produisant surtout l'après-midi, mais se réveillant à chaque prise alimentaire. Ces douleurs se produisent par crise paroxystique durant un à deux mois. Dans l'intervalle calme complet ; bon appétit, ballonnements rapides aussitôt après l'alimentation, quelques nausées après le repas du soir, quelques brûlures, pas de crampe. Pas de douleur de ventre ; une selle tous les jours, pas de sang.

Tousse, ne crache pas, pas de point de côté. Dort bien ; quelques rêves et cauchemars. Bonne santé habituelle.

Un enfant en bonne santé. Femme, pas de fausse couche.

T.A. 13-8. — Poids, 58 kgs.

Dans les urines, ni albumine, ni sucre.

A l'examen : Langue normale, denture légèrement défectueuse, plexus solaire sensible, rien dans les hypochondres, fosses iliaques normales. Pas de Mac Burney. Foie légèrement augmenté de volume. Pas de Murphy. Rien à l'examen des autres appareils.

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE (janvier 1944). — *Estomac* : Derrière l'écran la traversée œsophagienne se fait bien, la bouillie barytée tombe dans le bas-fond gastrique qui, après absorption de 250 cm³

se situe bien au-dessous du niveau des crêtes iliaques. La poche à air est normale. Les contractions péristaltiques ne tardent pas à se produire, elles sont suffisantes comme nombre et comme intensité. Le passage pylorique s'effectue bien. Sur l'aire de projection gastrique on voit une niche au niveau de la petite courbure dans le voisinage de la région pylorique. Les différents segments de l'estomac sont bien mobilisables, ils ne sont pas particulièrement sensibles à la pression profonde. Six heures après absorption de ce repas, la cavité gastrique est complètement évacuée.

Duodénium : Le bulbe duodénal se remplit bien, il ne présente pas de déformation apparente. Les bouchées opaques y circulent avec facilité, elles passent normalement à travers l'angle supérieur du duodénium pour arriver dans la 2^e portion duodénale où elles subissent un transit normal. Ces segments sont bien mobiles, ils ne sont pas particulièrement sensibles à la pression profonde. On ne voit pas à leur niveau se produire de brassages antipéristaltiques. Le foie est augmenté de volume, la rate est normale.

Intestin : Les repas barytés ayant été pris 20, 14 et 8 heures auparavant, la tête de colonne opaque est arrivée jusqu'au niveau du rectum. Le cæcum est normal, bien rempli, bien opaque, pas douloureux à la pression profonde, pas même au niveau de la région appendiculaire. Il existe un certain degré de stase iléale. On voit bien les parties de l'iléon. L'angle hépatique est en bonne place. Le colon transverse est un peu spasmé. L'angle splénique est sous la voûte diaphragmatique gauche. Le spasme est surtout marqué au niveau du colon descendant et de l'anse sigmoïde. Le rectum est normal. Sur tout le cadre colique on ne voit pas la moindre image lacunaire.

DIAGNOSTIC : Ulcus de la petite courbure chez un malade présentant un gros foie et de la colite spasmodique.

Traitement prescrit : poudrage gastrique, salicylate de soude par injection intraveineuse.

Revue en avril 44 : augmentation de poids, 60 kg. 100 ; n'a pas eu de crise.

Nouvel examen radiographique, avril 1944, montre que la niche ulcéreuse située au niveau de la petite courbure a fortement diminué de volume.

Amélioration notable clinique et radiologique.

OBSERVATION N° 6

M. Bar..., 38 ans, se plaint de douleurs d'estomac depuis trois mois avec brûlures toute la journée, mais surtout exacerbées par prises alimentaires, se produisant tous les jours.

Pas de passé gastrique, bon appétit, ballonnement et brûlure, vomissements, alimentaires de temps en temps.

Pas de douleur de ventre, une selle par jour. Aurait maigri, pas de maux de tête, bourdonnement d'oreilles, pas de crampes dans les membres inférieurs, ne tousse pas. Pas de rêves, pas de cauchemars, dort bien. Dyspnée d'effort.

A l'examen : Langue normale, denture défectueuse, plexus solaire légèrement sensible, pas de douleur dans l'hypochondre gauche, hypochondre droit un peu douloureux avec Murphy positif. Foie pas augmenté de volume, rate normale, fosse iliaque gauche normale, droite légèrement sensible avec Mac Burney.

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE (janvier 1945). — *Estomac* : Sur l'aire de projection gastrique on voit : 1° un petit diverticule sous-cardiaque ; 2° une niche ulcéreuse sur la petite courbure à 3 ou 4 cm. au-dessous du diverticule. Les différents segments de l'estomac sont bien mobilisables, ils ne sont pas particulièrement sensibles à la pression profonde. Six heures après absorption de ce repas, la cavité gastrique est complètement évacuée. Le foie n'est pas augmenté de volume ; la rate est normale.

Duodénum : Le bulbe duodénal se remplit bien, il ne présente pas de déformation apparente. Les bouchées opaques y circulent avec facilité, elles passent normalement à travers l'angle supérieur du duodénum pour arriver dans la 2^e portion duodénale où elles subissent un transit normal. Ces segments sont bien mobiles, ils ne sont pas douloureux à la pression profonde. On ne voit pas à leur niveau se produire de brassages antipéristaltiques.

Intestin : Six heures après absorption de ce repas, la tête de colonne opaque est arrivée presque jusqu'au niveau du rectum. Le cæcum est normal, bien mobile, pas douloureux à la pression profonde, sauf légèrement au niveau de la région appendiculaire. Il existe une stase iléale assez marquée. L'angle hépatique est en bonne place. Le colon transverse est un peu spasmodique. L'angle splénique est sous la voûte

diaphragmatique gauche. Le colon descendant ne présente pas la moindre anomalie. L'anse sigmoïde est très spasmée.

DIAGNOSTIC : Ulcus de la petite courbure chez un malade présentant un diverticule sous-cardiaque et ayant en même temps une petite réaction appendiculaire.

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE suivi d'un traitement par injections intraveineuses de salicylate de soude et poudrage gastrique.

Revu deux mois après, pas de crise, pas de troubles gastriques. Augmentation de poids de 1 kg.

OBSERVATION N° 7

M. Cr. Adrien, 53 ans, vient consulter le 11 avril 1945 pour troubles gastriques caractérisés par des douleurs se produisant depuis 40 jours de façon à peu près continuelle. Aurait eu des troubles gastriques depuis cinq ou six ans caractérisés par des périodes de crises alternant avec des périodes de calme. Pendant les périodes de crise, paroxysme douloureux à l'occasion des prises alimentaires.

Pas d'appétit, ballonnement après les repas. Brûlures, crampes, vomissements alimentaires de la veille, pas de sang, nausées fréquentes. Constipation, selles dures, quelquefois selles normales.

Aurait perdu de 15 à 18 kgs. Céphalées, bourdonnements d'oreilles. Bonne santé habituelle. Pas d'enfant. Femme, pas de fausse couche. T.A. 10,5-7. Ni albumine, ni sucre. Poids 51 kg. 500.

A l'examen : Langue sale, denture défectueuse, plexus solaire douloureux, hypochondres gauche et droit normaux, rien dans les fosses iliaques droite ou gauche. Pas de Mac Burney. Pas de Murphy. Foie normal. Rate non perceptible.

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE (avril 1945). — *Estomac* : Derrière l'écran la traversée œsophagienne se fait bien, la bouillie barytée tombe dans le bas-fond gastrique qui, après absorption de 250 cm³ se situe au-dessus du niveau des crêtes iliaques. La poche à air est normale. Les contractions péristaltiques ne tardent pas à se produire, elles sont suffisantes comme nombre et comme intensité. Le passage pylorique s'effectue bien. Sur l'aire de projection gastrique on voit au niveau de la petite courbure, à peu près en son milieu, une niche énorme qui est une niche ulcéreuse. Les différents segments de l'es-

tomac sont bien mobilisables, ils ne sont pas particulièrement sensibles à la pression profonde. Six heures après absorption de ce repas, la cavité gastrique n'est pas tout à fait évacuée.

Duodénum : Le bulbe duodénal se remplit bien, il ne présente pas de déformation importante. Les bouchées opaques y circulent avec facilité, elles passent normalement à travers l'angle supérieur du duodénum pour arriver dans la 2^e portion duodénale où elles subissent un transit normal. Ces segments sont bien mobiles, ils ne sont pas douloureux à la pression profonde. On ne voit pas à leur niveau se produire de brassages antipéristaltiques. Le foie n'est pas augmenté de volume ; la rate non plus.

Intestin : Les repas barytés ayant été pris 20, 14 et 8 heures auparavant, l'estomac n'est pas complètement évacué, la tête de colonne opaque est arrivée jusqu'au niveau du rectum. Il y a une stase iléale très marquée. L'abouchement iléo-cæcal se voit bien. Le cæcum ne présente aucune anomalie, il est légèrement sensible à la pression profonde au niveau de la région appendiculaire. L'angle hépatique est en bonne place. Le colon transverse est normal. L'angle splénique se trouve sous la voûte diaphragmatique gauche. Le colon descendant est un peu spasmodique ainsi que l'anse sigmoïde. Le rectum est normal.

DIAGNOSTIC : Gros ulcus de la petite courbure chez un malade présentant une colite spasmodique et ayant une réaction appendiculaire.

Traitement : Injection intraveineuse de salicylate de soude. Pou-drage gastrique. Malade amélioré ne présentant plus de crise.

Poids identique après un mois.

OBSERVATION N° 8

Mme Gr., 55 ans, vient consulter le 24 janvier 1944 pour troubles gastriques datant de deux ou trois ans, se produisant par crise de un mois environ et caractérisés par des brûlures avec ballonnements, des douleurs dans l'hypochondre gauche irradiant dans le milieu du dos. Souffre actuellement depuis trois semaines de façon continue. Période de calme de trois mois sans douleur. Bon appétit, ballonnements et brûlures après alimentation, pas de vomissement, pas

de nausées, pas de douleur au ventre. Une selle tous les jours, dure ; ni glaire, ni peau, pas de sang, pas de vers.

Aurait maigri. Pas de maux de tête. Ne tousse pas, pas de palpitations, pas de dyspnée. Dort bien, quelques rêves. Pas de jaunisse, pas de selles décolorées.

A l'examen : T.A. 15-9. — Poids 43 kg. 500.

Ni albumine, ni sucre. Langue normale, denture moyenne, plexus solaire sensible, rien dans les hypochondres droit et gauche, rien dans les fosses iliaques. Pas de Mac Burney. Foie pas augmenté de volume. Pas de Murphy. Rate non perceptible. Rien aux autres appareils.

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE (janvier 1944). — *Estomac* : Derrière l'écran la traversée œsophagienne se fait bien, la bouillie barytée tombe dans le bas-fond gastrique qui, après absorption de 250 cm³ se situe bien au-dessous du niveau des crêtes iliaques. La poche à air est normale. Les contractions péristaltiques ne tardent pas à se produire, elles sont suffisantes comme nombre et comme intensité. Le passage pylorique s'effectue bien. Sur l'aire de projection gastrique on voit une niche au niveau de la petite courbure, dans sa zone verticale. Les différents segments de l'estomac sont bien mobiles, pas douloureux à la pression profonde. Six heures après absorption de ce repas la cavité gastrique est complètement évacuée.

Duodénum : Le bulbe duodénal se remplit bien, il ne présente pas de déformation apparente. Les bouchées opaques y circulent avec facilité, elles passent normalement à travers l'angle supérieur du duodénum pour arriver dans la 2^e portion duodénale où elles subissent un transit normal. Ces segments bien mobiles, pas douloureux à la pression profonde. On ne voit pas à leur niveau se produire de brassages antipéristaltiques.

Intestin : Les repas barytés, ayant été pris 20, 14 et 8 heures auparavant, la tête de colonne opaque est arrivée jusqu'au niveau du rectum. Le cæcum est normal, pas augmenté de volume, bien mobile, pas douloureux à la pression profonde. Le colon transverse présente des inégalités de calibre assez importantes. L'angle splénique est un peu abaissé surtout au voisinage de l'anse sigmoïde. Cette dernière présente des spasmes assez marqués. Le rectum est normal.

DIAGNOSTIC : Ulcus de la petite courbure.

Traitement prescrit : injections de lait et poudrage gastrique.

Revue en mars 1944, augmentation de poids de 2 kgs. Pas de crise nouvelle.

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE (mars 1944) : Un nouvel examen montre que la niche ulcéreuse que l'on avait trouvé au niveau de la petite courbure a singulièrement diminué. Il serait difficile de la situer si on ne savait pas qu'elle existe et si sur les nouvelles radiographies on ne voyait pas un spasme avec encoche de la grande courbure, en face de l'endroit où est l'ulcère de la petite courbure.

DIAGNOSTIC : Améliorations clinique et radiologique notables de l'ulcus de la petite courbure.

Revue en octobre 1944, a eu une hémorragie le 18 septembre ; malgré ce, état général bon. Pas de signe objectif.

EXAMEN RADIOGRAPHIQUE (octobre 1944). — *Estomac* : Sur l'aire de projection gastrique on voit une niche importante, mais qui n'est pas plus augmentée de volume que lors des précédents examens.

Les différents segments de l'estomac sont bien mobilisables, ils ne sont pas particulièrement sensibles à la pression profonde.

Six heures après absorption de ce repas, la cavité gastrique est complètement évacuée.

DIAGNOSTIC : Niche de la petite courbure légèrement diminuée de volume, peut-être à la suite d'une hémorragie récente.

CONCLUSION

A) Diagnostic.

1° L'interrogatoire est d'une importance capitale pour le diagnostic clinique du syndrome ulcéreux.

Celui-ci se caractérise par :

- a) l'apparition de douleurs post-prandiales dans la journée,
- b) l'existence de périodes douloureuses de 15 jours à un mois, dans le temps.

— Pendant ces périodes douloureuses, le malade souffre tous les jours.

— En dehors des périodes douloureuses, le malade est dans un calme complet pendant un temps plus ou moins long de trois semaines à six mois, en général.

2° Les douleurs de l'ulcus de la petite courbure sont assez précoces, entre une heure et trois heures après les repas ; elles sont toujours calmées avant le repas suivant.

3° La douleur s'irradie à gauche et vers le dos, signe l'ulcus de la petite courbure dans 80 % des cas.

4° Les nausées, la bradycardie, le myosis, associés à un syndrome ulcéreux, doivent faire penser à un ulcus de la petite courbure.

5° Une hématomèse chez un dyspeptique banal, sans syndrome ulcéreux net, est assez caractéristique d'un ulcus de la petite courbure.

6° La radiographie est absolument nécessaire pour affirmer le siège de la lésion et pour éliminer les différents diagnostics qui peuvent se poser.

7° Quelles que soient les déformations obtenues, celles-ci doivent être constantes sur tous les clichés, et associées à un syndrome ulcéreux pour avoir une réelle valeur diagnostique.

8° Une radiographie négative en présence d'un syndrome ulcéreux typique ne doit pas faire exclure la possibilité d'un ulcère.

B) Traitement.

1° **Traitement médical.** Il doit toujours être essayé.

a) Les extraits parathyroïdiens ont fait leur preuve, et en présence d'un syndrome ulcéreux on doit instituer un traitement par la paratyron.

b) Il faut traiter l'ulcération elle-même ; on y arrive par des pansements gastriques à base de bismuth et par les alcalinisants.

c) En période de crise, on doit agir contre les spasmes et la douleur par la belladone et l'atropine.

2° **Traitement chirurgical.**

Les cinq indications suivantes doivent être traitées chirurgicalement :

a) Complications immédiates : perforation, hémorragies répétées,

b) Sténoses,

c) Malignité de l'ulcus,

d) Echecs du traitement médical,

e) Conditions sociales du malade.

On doit avoir recours à la gastrectomie qui permet d'obtenir de 90 à 95 % de guérison.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE. — Résultats éloignés de la gastrectomie et de la gastro-entérostomie pour ulcères. (*Congrès français de Chir.*, oct. 1930, t. XXXIX.)
- AMOROSI. — Le syndrome douloureux épigastrique dans l'ulcère gastrique. (*Ann. ital. de Chir.*, 31 mars 1931.)
- BASTIONELLI. — L'évolution des critères thérapeutiques et opératoires dans les affections gastro-ulcéreuses. Contribution à l'étude clinique de l'ulcère de la petite courbure. (*Il Policlinico*, an XXXI, août 1921, p. 1095.)
- BAUMEL. — L'endoscopie gastrique : ses possibilités actuelles. (*In Archives hospitalières*, n° de juillet 1937.)
- La gastroscopie en pathologie digestive. (*In Bronchoscopie, Œsophagoscopie, Gastroscopie*, n° d'avril 1937.)
- La pratique gastro-entérologique. (Doin et Cie, Paris, 1942.)
- Les régimes dans les maladies de l'appareil digestif. (*Fichier Médical montpelliérain*, juin 1927.)
- Les syndromes sensitifs gastriques. (*In Europe Médicale*, juin 39.)
- Tubage gastrique. (*In Presse Médicale d'Egypte*, mars 1935.)
- BAUMEL et ANGLADA. — Ulcéro-cancer gastrique. (*Soc. des Sc. médic. de Montpellier*, 17 mars 1911.)
- BAUMEL, VEDEL et G. GIRAUD. — Crises gastriques paroxystiques. Essai de diagnostic pathogénique. (*Soc. des Sc. médic. de Montpellier*, 4 mars 1921.)
- BERGERET. — A propos de la gastrectomie. (*Rev. de Chir.*, 1934.)
- BERGERET et CAROLI. — Résultats de la gastrectomie et de la gastro-entérostomie dans le traitement de l'ulcère. (*Presse Méd.*, 21 oct. 31.)
- BONNET et DELOR. — Ulcère et tabès. (*Lyon Médical*, t. LIII, n° 13, 31 mars 1929.)

- BONORINO, UDAONDO et GANALOUS. — Les crises solaires tabétiformes dans les ulcères gastro-duodénaux. (In *Rev. de Médecine*, Paris, nov. 1930.)
- BOUCHUT et FROMENT. — Formes douloureuses atypiques de l'ulcère. (*Arch. des Mal. de l'App. dig.*, n° 4 août 1932.)
- BOUCHUT et LEVRAT. — La dégénérescence cancéreuse de l'ulcère de l'estomac. (*Journal de Méd. de Lyon*, n° 302, 5 août 1932, pp. 465-473.)
- BRONSTEIN. — Réflexions sur la clinique de 100 cas d'ulcères gastro-duodénaux. (*Thèse Paris*, 1934.)
- CAIN (A.). — Sur le traitement de l'ulcère de l'estomac par l'hormone parathyroïdienne. (*Rev. méd. de path. et de théor. Paris*, n° 2, mars 1930.)
- CHARBONNEL. — Traitement de l'ulcère non compliqué de la petite courbure. (*Arch. franco-belges de Chir.*, XXVI, n° 4, avril 1923.)
- CHRISTOPHE. — Résultats éloignés des diverses interventions pour ulcère de la petite courbure. (*Arch. des mal. de l'App. digestif et de nutr.*, juillet 1923.)
- DEBRAY (Ch.). — La pratique de la gastroscopie (Paris, 1937.)
- DELAGENIÈRE. — Ulcère de la petite courbure. (*Rapport du XXIX^e Congrès de Chir. français*, Paris, oct. 1920.)
- DELATRE (Ch.). — Réflexions sur les troubles de l'évacuation gastrique dans l'ulcère de la petite courbure. (*Thèse Paris*, 1934.)
- DELORE et AMOUROUX. — Gastrectomie pour ulcère de la petite courbure. (*Soc. Nat de Méd. et des Sc. méd. de Lyon*, 5 janv. 1928.)
- DURAND (G.) et ZANA. — L'extrait parathyroïdien en thérapeutique gastrique. (*Bull. Soc. Thérap.*, n° 7, 10 juin 1931, p. 93.)
- DUVAL (P.). — L'ulcère de la petite courbure. (*Rapp. au XXIX^e Congrès français de Chir.*, 1920.)
- DUVAL et MOUTIER. — Quelques considérations sur la fréquence de l'ulcère-cancer de l'estomac. (*Soc. de Chir.*, 14 mars 1928.)
- DUVAL, ROUX et BECLÈRE. — Radiologie clinique du tube digestif. Estomac et duodénum. (Masson, 1927.)
- FINSTERER. — L'ulcéro-cancer. (*Rev. de Chir.*, 1934.)
- FORGUE (E.). — La douleur des viscères. (*Conf. aux Journées médic. de Montpellier*, nov. 1926.)
- FRÖHLICH (F.). STÉPHAN et FRÖHLICH (Ch.). — Essais de traitement de l'ulcère de l'estomac par la splanchiectomie et l'ablation du

- premier ou des deux premiers ganglions sympathiques lombaires. (*Presse Méd.*, 24 oct. 1942.)
- GATELLIER et BILLET. — *Encyclopédie médico-chirurgicale.*
- GOSSET et LÆWY. — Ulcères de la petite courbure. (*Pres. Médic.*, n° 49, 19 juin 1929.)
- GOSSET et PETIT-DUTAILLIS. — Maladie de l'estomac et du duodénum. (*Précis de Path. chir.*, Masson, 1938.)
- GOVAERTS (A.). — Traitement médical de l'ulcus de la petite courbure. (*Soc. belge de gastro-entérolog.*, 28 mars 1931.)
- GUTMANN (R.A.). — Le syndrome ulcéreux et ses formes cliniques. (*Concours médic.*, 7 avril 1929.)
- Critères de guérison des ulcères gastriques et duodénaux. (*Presse Médic.*, 31 oct. 1931.)
- Les syndromes douloureux de la région épigastrique. (Paris, Doin, 1940.)
- GUTMANN et NEMOURS. — Un procédé simple d'étude des plis de la muqueuse gastrique. (*Presse Médicale*, 1931, p. 1621.)
- GUTMANN et PETKOWITCH. — Les déformations antrales dans l'ulcère de la petite courbure. (*Document Médic.*, février 1938.)
- HARTMANN. — Technique de la résection de la petite courbure. (*Comm. du XXXII^e Congrès français de Chir.*, Paris, oct. 1923.)
- HARTMANN et SOUPAULT. — Ulcus de la petite courbure. (*Travaux de Chir.*, VII^e série, Paris, 1928.)
- HASKELL et CANTAROW. — Calcium et parathyroïd therapy. (*In Chronic ulcerative colitis, Amer. J. M. Sc.*, février 1931.)
- HINRICHSSEN. — Relations cliniques entre l'appendicite, la cholécystite et l'ulcère de l'estomac. (*Brun's Beitr. Zur. Klin. Chir.*, t. CXL, n° 1, 1927.)
- HIRCHNERG (A.). — Ulcère de la petite courbure développé après gastro-entérostomie. (*Soc. de Médéc.*, Paris, 1928.)
- KUTTNER. — Signification du « Reigel symptom » pour le diagnostic de l'ulcère (1928).
- LABBÉ (M) et VITRY. — Maladies de l'appareil digestif. (*Précis de Path. méd.*, Masson, 1934.)
- LANCHOU (G.). — Ulcère géant de la petite courbure. (*Thèse Paris*, 1939.)
- LECÈNE et LÉRICHE. — Thérapeutique chirurgicale (vol. III, Paris, 1926).

- LERICHE. — De la nécessité de la radiographie en chirurgie gastrique. (*Lyon chir.*, t. XXIX, 3 janvier 1927.)
- Réflexions sur l'évolution, la nature et le traitement des ulcères de l'estomac et du duodénum. (*Presse Médic.*, n° 62, 5 août 1933, p. 1233.)
- LOCHON. — Contribution à l'étude du chimisme gastrique. (*Thèse Lyon*, 1928.)
- LOEPER. — Leçons de pathologie digestive (t. VI).
- MOULONGUET (M.P.). — Ulcères aigus de l'estomac et du duodénum. (*Arch. des Mal. de l'App. dig.*, janvier 1938.)
- MOUTIER (P.). — Le diagnostic de la guérison dans l'ulcère gastro-duodénal à la lumière de la clinique, de la radiologie, et de la gastroscopie. (*Arch. des mal. de l'App. digest.*, 1931, p. 821.)
- Traité de gastroscopie et de pathologie endoscopique de l'estomac.
- MOUTIER et CAMUS. — Traitement de l'ulcère de l'estomac par l'hormone parathyroïdienne. (*An. du tube digest.*, déc. 1929.)
- MOYNIHAN. — L'ulcère gastrique et duodénal (Paris, 1925).
- PAUCHET (V.). — Ulcère de la petite courbure de l'estomac coïncidant avec l'ulcère duodénal. (*Soc. de Méd. de Paris*, 9 nov. 1928.)
- PECO. — Valeur de l'interrogatoire dans le diagnostic des ulcères gastro-duodénaux. (*In Semana Médica*, 16 janvier 1930, p. 137.)
- PÉRISSEL (J.). — Essai de classification des formes cliniquement atypiques de l'ulcère gastro-duodénal. (*Thèse Paris*, 1942.)
- PIK (Aron). — Considérations sur le traitement de l'ulcus gastro-duodénal par l'hormone parathyroïdienne. (*Thèse Montpellier*, 1933.)
- PIK (Juda Szaja). — De l'évolution clinique de l'ulcère de l'estomac et de sa valeur diagnostique. (*Thèse Montpellier*, 1935.)
- RAMOND (Félix). — Malades de l'estomac et du duodénum. (Masson, Paris, 1927.)
- RAMOND (Louis). — Crises gastriques. (*Pres. Méd.*, 22 mai 1941.)
- ROUX-MOUTIER et CAILLE. — Pathologie gastro-intestinale. (Vol. I, Doin, Paris, 1923.)
- SAVY, VACHON et ROMAGNY. — Les ulcères géants de la petite courbure. (*Journal de Méd. de Lyon*, 20 avril 1939.)
- SIMONNET. — L'hormone parathyroïdienne. (*Journal méd. franç.*, janvier 1932.)

SURMONT, TIPREZ et BONDIN. — La palpation de la région épigastrique. Son contrôle radiologique. (*Arch. des mal. de l'App. dig.*, p. 771, 1928.)

TIMBAL. — Les ulcères de la petite courbure. (*Presse Médic.*, 22 mai 1920.)

VITTOR. — Ulcères gastro-duodénaux et régimes de restriction. (*Arch. des mal. de l'App. dig.*, t. XXXI, juin-août 1942.)

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	9
Introduction	II
Historique	13

PREMIÈRE PARTIE

Diagnostic de l'ulcus de la petite courbure	15
I. — Diagnostic clinique	16
A) Interrogatoire	16
B) Examen des malades	23
II. — Diagnostic différentiel	25
a) dans les formes typiques	25
b) dans les formes plus floues (lithiasé biliaire, appen- dicite, tabès, cancer)	25
c) dans les formes très douloureuses	27
d) dans les formes avec irradiations thoraciques ...	28
e) Ulcère ou cancer ?	28
III. — Diagnostic radiologique	30
1) Procédé classique	30
2) Procédé de la « couche mince »	36
IV. — Examen de laboratoire	37
V. — Contrôle gastroscopique	39

DEUXIÈME PARTIE

Traitement de l'ulcus de la petite courbure	43
I. — Le régime	44
II. — Le traitement médical	46
<i>a)</i> Indications thérapeutiques tirées de l'état du ma- lade	47
<i>b)</i> Indications symptomatiques	48
<i>c)</i> Traitement étiologique	50
<i>d)</i> Les médications	52
III. — Traitement chirurgical	57
<i>a)</i> Indications chirurgicales	57
<i>b)</i> Choix de l'anesthésie	59
<i>c)</i> Choix de l'opération	59
<i>d)</i> Traitement post-opératoire	61
IV. — Infiltration des splanchniques. Splanchnicectomie.	62
Observations	63
Conclusion	79
A) Diagnostic	79
B) Traitement	80
Bibliographie	81

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je reste fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

En ma qualité de censeur de
tour j'ai lu la Thèse ayant pour
titre :

*Diagnostic et traitement de
l'ulcus de la petite courbure.*

par Jean SICRE

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Vu

Montpellier, le 10 mai 1945.

Le Président de la thèse :

J. BAUMEL.

Vu :

Montpellier, le 11 mai 1945.

Le Doyen :

G. GIRAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 12 mai 1945.

Le Recteur :

pour le Recteur, le doyen délégué :

P. MATHIAS.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les
dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur
auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

